Tome II. 31 Décembre 1876. N. 6.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

FONDÉES ET PUBLIÉES PAR MM.

LADREIT DE LACHARRIÈRE,
Médecin en chef
de l'institution nationale des Sourds-Muets.

ISAMBERT,
Agrégé libre de la Faculté, Médecin de l'hôpital Lariboisière, chef du service laryngoscopique de l'Assistance Publique.

Dr KRISHABER,
Professeur libre de pathologie laryngée,

Avec le concours scientifique de MM.

Béclard, Professeur de physiologie de la Faculté. — **Bonnafont,** Membre correspondant de l'Académie. — **Cusco,** Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — **Danjoy,** Médecin consultant aux eaux de la Bourboule. — **Després,** chirurgien de l'hôpital Cochin. — **Duplay,** Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — **Fournier** (Alf.), Médecin de l'hôpital de Lourcine. — **Gosselin,** Membre de l'Institut, Professeur de clinique à l'hôpital de la Charité. — **Horteloup,** Chirurgien de l'hôpital du Midi. — **Labbé** (L.), Chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — **Lévi,** Médecin-major. — **Luys,** médecin de la Salpêtrière. — **Mauriac** (Ch.), Médecin de l'hôpital du Midi. — **Saint-Germain (de),** Chirurgien de l'hôpital des Enfants. — **Tillot,** Inspecteur des eaux de Saint-Christau. — **Deel,** ancien Attaché au Dispensaire laryngoscopique du Bureau central.

Et à l'Étranger

De MM. les Professeurs **Politzer** et **Schrötter** de l'Université de Vienne.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

10, rue Hautefeuille (installation provisoire).

MDCCCLXXVI

Ce cahier termine l'abonnement pour l'année 1876. — Le 1er cahier de 1877 paraîtra le 1er mars prochain.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* paraissent tous les deux mois, et forment chaque année un vol. in-8°.

Le prix de l'abonnement est fixé à 12 francs pour Paris et 14 francs pour les départements.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à M. G. MASSON, libraire, rue Hautefeuille, 10.

Les Publications périodiques, ainsi que les Communications destinées à la Rédaction, doivent être adressées 1, rue Bonaparte, à Paris, chez M. le Dr LADREIT DE LACHARRIÈRE.

SOMMAIRE DU N° 6.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER LARYNGÉ

Par M. le Dr **Isambert.**

Le cancer du larynx est une maladie peu connue. Nous n'en voulons pour preuve que la brièveté des passages qui lui sont consacrés dans nos deux dictionnaires en cours de publication. Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (dictionnaire Dechambre), MM. Krishaber et Peter consacrent à peine une page et demie (p. 769-771, t. I, 2e série) au cancer du larynx, pour en éliminer toutes les tumeurs prenant leur origine dans le pharynx, et pour déclarer très-rare le cancer primitif du larynx : ils divisent celui-ci en cancer épithélial et médullaire, et déclarent ne pas connaître d'exemples de carcinome squirrheux. L'article beaucoup plus récent que MM. Boeckel ont consacré au larynx dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (dictionnaire Jaccoud, t. XX) est encore moins explicite à cet égard : quelques lignes seulement sont consacrées à ces tumeurs au milieu de l'histoire des polypes, et la question de diagnostic est à peu près la seule préoccupation des auteurs. Le cancer du larynx n'est cependant pas aussi rare : sans parler des faits déjà plus ou moins anciens de Trousseau (*Traité de la Phthisie laryngée* (1837), de Hilton (1858), de Curling (1861), de Türck (1862), de Decori (1862), de Stœrk

(1863), de Bicherton (1865), de Demarquay (1870), de Desormeaux (1870), etc., et d'autres que la littérature médicale pourrait fournir, et où il se trouve bien un certain nombre de cancers du larynx qui ne sont pas dus à l'extension d'un cancer des organes voisins, nous avons dans la thèse de M. Blanc (*du Cancer primitif du larynx*, Paris, 1872, n° 111), un relevé de 17 observations. Nous pouvons enfin citer les cas, assez nombreux depuis deux années, qui ont été l'occasion de la fameuse opération d'extirpation totale du larynx. Nous avons rapporté les exemples les plus récents de cette opération, et nous continuerons à les recueillir pour porter plus tard un jugement sur sa valeur réelle.

Aujourd'hui, toutefois, notre but est différent, et nous voulons seulement parler au point de vue purement clinique des cas de cancer qu'il nous a été donné d'observer dans ces dernières années, nous voulons seulement rapporter l'impression personnelle que nous avons reçue de notre pratique, avant de soumettre tous les cas connus et décrits jusqu'à présent à une analyse comparative qui permettra de tracer ce chapitre de nosologie que personne ne paraît encore avoir écrit *ex professo* d'une manière complète.

Tout d'abord, nous déclarons que nous sommes forcé de conserver l'ancienne dénomination de *cancer* dans son sens clinique vulgaire de *tumeur maligne* envahissant les tissus du larynx et des organes voisins, se substituant à eux par un travail de dégénérescence, et susceptible de récidiver comme tous les cancers des autres organes. Quant à faire l'histoire des différents cancers, selon leurs espèces histologiques, la chose nous semble encore impossible pour le moment. Si les observations de cancer du larynx sont rares, les observations accompagnées d'un examen histologique suffisamment explicite le sont encore plus, et nous allons en signaler une raison. C'est que les cancéreux ne sont pas comme les tuberculeux ; ils ne se font pas comme ceux-ci illusion sur leur position ; lorsque la crainte de mourir les prend, ils veulent aller mourir chez eux; c'est ainsi que les malades dont nous avions pu porter le diagnostic, et que nous avons pu observer dans nos cliniques, se sont toujours dérobés au mo-

ment où s'approchait le dénoûment fatal. C'est ainsi que les malades qui suivaient notre clinique externe, ou le dispensaire du Bureau central, disparaissaient un jour, et que nous ignorons ce qu'ils sont devenus. Ceux que nous avions admis dans nos salles d'hôpital en sont toujours arrivés un peu plus tôt, un peu plus tard, à exiger impérieusement leur *exeat*, et nous les avons le plus souvent perdus de vue, sans savoir le plus souvent où ils ont été mourir. Quant aux quelques exemples qu'aurait pu nous fournir la clientèle de la ville, nous savons quelquefois dans quelles circonstances les malades sont morts, mais sauf dans un cas qui nous est commun avec le Dr Krishaber, il a toujours été impossible d'obtenir l'autopsie.

Il est enfin un autre moyen d'arriver à l'étude histologique de ces productions morbides, c'est de faire, du vivant du malade, l'excision du tout ou d'une partie de la tumeur, et de la soumettre à une investigation microscopique. Cette étude a pu être faite dans un certain nombre de cas, mais ceux-ci sont encore peu nombreux. On y a réussi surtout pour les cancers extrinsèques du larynx et non pour les cancers profonds. Ceux que nous avons pu étudier ainsi appartenaient à une seule variété anatomique, les épithéliomes. C'est aussi la forme qui prédomine de beaucoup (10 cas sur 17) dans les observations relevées dans la thèse de M. E. Blanc. On peut y ajouter quelques cas de *sarcomes*, ou tumeurs d'apparence plus bénigne, qui n'en ont pas moins récidivé dans plusieurs cas, et amené la mort du malade. Dans plusieurs autres cas, la nature de la tumeur est désignée sous le nom de cancer ou de tumeur maligne sans plus de détails.

L'époque est donc encore éloignée où nous pourrons classer les divers cancers du larynx selon leurs espèces anatomo-pathologiques et chercher les variations de symptômes, de marche, de terminaison, ou les indications thérapeutiques spéciales qui pourraient répondre à leurs variétés histologiques. Pour le moment, il faut nous en tenir aux caractères apparents et à l'observation clinique du siége, des symptômes et de la marche que ces cancers ont présentés chez les différents malades.

A ce point de vue, les cancers laryngiens qu'il nous a été

donné de diagnostiquer du vivant du malade, et d'observer plus ou moins longtemps, nous paraissent pouvoir être rangés dans les quatre variétés suivantes : 1° cancer extrinsèque, ou laryngo-pharyngien ; 2° cancer polypiforme intralaryngien ; 3° cancer intra-laryngien squirrheux ; 4° cancer sous-glottique ou trachéal.

La première variété, le cancer *extrinsèque* (1), ou laryngo-pharyngien est le plus commun. Il appartient le plus souvent à la classe des épithéliomes, quelquefois à celle des sarcomes. Il se présente sous la forme de gros champignons, de gros marrons, de grosses mûres, plus ou moins ramollis et ulcérés, siégeant sur l'épiglotte, sur les éminences aryténoïdes, à l'entrée de l'infundibulum laryngien, et sur la paroi pharyngienne du larynx. Ce dernier siége ne nous paraît pas un motif suffisant pour exclure, comme l'a fait M. Krishaber, ces cancers du nombre des cancers laryngiens. Nous avons vu plusieurs faits où la production morbide nous a paru parfaitement limitée aux parois postérieures du larynx, sans que rien indiquât qu'elle s'étendît au pharynx et encore moins qu'elle fût venue du pharynx envahir le larynx. C'étaient bien des cancers primitifs du larynx, car ils ne coïncidaient avec aucune autre tumeur cancéreuse dans un autre point de l'économie. Quant à l'opinion exprimée par notre collaborateur, que le cancer affecterait plus volontiers les muqueuses digestives que les muqueuses respiratoires, de sorte que le cancer de la paroi pharyngienne ou postérieure de l'anneau laryngien appartiendrait plus au tube digestif qu'à la muqueuse respiratoire, elle est plus théorique que pratique : on verra si des statistiques un peu complètes en apportent la vérification. Nous pouvons déjà dire toutefois qu'un nombre suffisant de faits démontrent que la muqueuse des voies respiratoires n'est

(1) Nous employons ici le mot *extrinsèque* dans le même sens que l'expression anatomique : muscles extrinsèques du larynx. Ce ne sont pas des cancers étrangers au larynx, mais des cancers insérés sur les parties extérieures de cet organe, et pouvant s'étendre de là sur les organes voisins.

pas plus indemne du cancer que les autres tissus de l'économie.

Ce cancer n'est pas très-envahissant, pas autant qu'on pourrait le croire du moins à l'aspect des masses volumineuses qui le constituent ; nous avons vu des malades porter de gros marrons d'épithélioma, du volume d'une grosse noix, ou plus gros encore, appendus à l'épiglotte, ou implantés sur la région aryténoïdienne, sans que le malade en éprouvât une gêne bien considérable. Ce cancer ne s'étend pas vite vers la glotte, il ne produit pas toujours la suffocation, la voix se conserve assez bien, la dysphagie est variable, selon la position des tumeurs. On peut reconnaître assez souvent son existence par la palpation extérieure, ou mieux par l'introduction du doigt dans la gorge ; il se propage quelquefois aux ganglions sous-maxillaires ou cervicaux, mais cette propagation est beaucoup moins fréquente et moins considérable qu'on le croirait tout d'abord. Le malade n'accuse pas ordinairement des douleurs bien vives ; il ne présente pas de cachexie cancéreuse, de teinte jaune paille des sclérotiques, et j'ai fort étonné souvent les personnes qui suivaient ma clinique, en leur montrant dans le miroir laryngien ces grosses tumeurs, d'un aspect si répugnant, chez des sujets qui en paraissaient à peine incommodés. Ce sont évidemment celles qui se prêtent le mieux aux opérations chirurgicales, celles que leur position extrinsèque permet d'atteindre le plus facilement, celles dont on doit peut-être craindre un peu moins la récidive à court délai. Elles ne paraissent pas non plus avoir de tendance à se généraliser dans l'économie, et à produire au loin des carcinomes viscéraux.

La seconde variété, que j'ai désignée sous le nom de *cancer polypiforme,* est un cancer primitif intra-laryngien. Il débute souvent par de petites masses isolées, très-analogues d'aspect à de simples papillomes, et cependant beaucoup moins pédiculées que ceux-ci : ils siégent ordinairement sur une base d'implantation assez large et se développent indifféremment sur tous les points de l'infundibulum laryngien, particulièrement cependant à l'entrée des ventricules et sur les cordes vocales supérieures. Grâce à leur active pullula-

tion, ils ne tardent guère à envahir d'une part la région aryténoïdienne, et d'autre part la glotte et même la trachée. Cette pullulation paraît dans quelques cas d'autant plus rapide, qu'on pratique de plus fréquentes tentatives d'excision ou d'arrachement, et elle se complique alors d'œdème glottique, ou de processus inflammatoires.

Cette forme morbide, qui appartient aussi en majorité à l'espèce des épithéliomes, présente rapidement des phénomènes d'intolérance laryngienne beaucoup plus prononcés que dans la variété précédente. L'altération rapide et la perte de la voix, la dyspnée, et les accès de suffocation sont bien plus fréquents que dans la variété précédente. Les symptômes extérieurs sont, en revanche, moins marqués, et les signes de cachexie cancéreuse ne sont pas plus évidents que dans la variété précédente. Les cancers de cette variété ont été signalés, décrits et représentés par tous les auteurs qui ont traité des polypes laryngiens, et des erreurs de diagnostic auxquelles ils pouvaient donner lieu. Aussi pouvons-nous nous dispenser d'insister sur ce sujet. Nous nous bornerons à rapporter deux faits qui nous sont personnels, l'un de cancer épithélial polypiforme chez un homme de 50 à 60 ans, que nous observions à l'hôpital Saint-Antoine, et chez lequel la tumeur laryngienne coïncidait avec un cancroïde du prépuce. Cette tumeur n'amenait pas de troubles considérables; le malade était encore vivant un an après, mais nous ne savons ce qu'il est devenu. Le second cas était beaucoup plus grave, et son observation détaillée, que nous comptons publier bientôt, contient plus d'un enseignement fécond au point de vue de la trachéotomie et de l'excision totale du larynx. Ce malade nous avait été adressé en 1868 à l'hôpital Lariboisière, par un spécialiste de la ville, qui avait diagnostiqué chez lui un papillome laryngien. Ce papillome repullulait avec tant d'intensité à chaque tentative d'avulsion, que ce confrère n'osait plus continuer le traitement sans que le malade fût trachéotomisé au préalable. C'était pour cette opération qu'il m'était adressé, car je ne m'occupais pas de laryngoscopie à cette époque, et je pratiquai la trachéotomie séance tenante. Une hémorrhagie secondaire, qui se produi-

sit un quart d'heure après que la canule était en place, nous causa de grands embarras, et, chose probablement sans exemple dans les fastes de la trachéotomie, le malade, après une syncope prolongée, se réveilla hémiplégique, lui qui était venu à pied à l'hôpital. Au bout de peu de temps, le malade fut rendu à son médecin primitif. Toutefois je continuai à le voir de loin en loin, car il n'avait jamais pu ôter sa canule. Enfin, un peu plus d'un an après l'opération, la canule, bien que très-longue et très-forte, n'empêchait plus le malade d'étouffer, et il rentra dans un service que je dirigeais alors à la Charité. Son haleine exhalait une odeur gangréneuse insupportable, que nous pouvions attribuer à une ulcération de la trachée. Un jour que nous cherchions à lui adapter une autre canule, le malade mourut entre nos mains. L'autopsie nous montra un larynx tombé entièrement en putrilage, et compris dans une énorme *tumeur encéphaloïde*, qui enserrait la trachée, il descendait presque jusqu'à la bifurcation des bronches.

La troisième forme, que j'appelle *cancer squirrheux intra-laryngien*, est plus rare, et je ne puis même justifier absolument la dénomination de squirrhe que je lui donne, n'ayant pu, pour les raisons exposées plus haut, faire l'autopsie des malades dans aucun des cinq cas que j'ai observés jusqu'à présent. Ce cancer est intra-laryngien d'emblée, je pourrais dire intra-glottique, car c'est sur les cordes vocales vraies peut-être plus encore que sur les bandes ventriculaires que je l'ai vu se développer. Au début, il serait difficile d'affirmer sa nature. Il apparaît dès l'abord sous forme d'un rétrécissement de la glotte, dont on ne peut pas préciser la nature. Bientôt on distingue une tumeur limitée occupant la corde vocale d'un seul côté du larynx, ou bien à la fois la corde vocale vraie et la bande ventriculaire. La tumeur est grosse d'abord comme un pois chiche, puis comme une noisette, et de bonne heure la corde vocale correspondante présente une ulcération d'un aspect particulier, anfractueuse, comme coupée à pic au niveau de la fente glottique, et d'une couleur lardacée qui forme un mince liséré blanc jaunâtre contrastant avec la couleur rouge plus ou moins livide de la petite

tumeur. La glotte est déformée, rejetée de côté, et dans une direction plus ou moins oblique par la tumeur. Celle-ci est elle-même bosselée, dure au toucher, et d'un rouge sombre, sans présenter d'autres caractères spécifiques. L'autre corde vocale peut se prendre aussi ; en tous cas, elle présente au moins les signes d'une inflammation chronique. De très-bonne heure, dans cette forme, se montrent, avec quelques crachats sanieux, des phénomènes intenses de sifflement laryngien, de dyspnée convulsive, et plus tard de dysphagie, si la production morbide s'étend aux aryténoïdes.

Quelquefois on voit à travers la fente glottique une ou deux tumeurs grisâtres siégeant dans la trachée. Enfin, signe très-important, si la vie du malade se prolonge assez, le larynx en masse semble hypertrophié et induré : le cartilage thyroïde surtout est élargi et présente la forme et la sensation au toucher d'une *carapace de crustacé* : c'est la comparaison la plus exacte que nous puissions faire de cette hypertrophie, qu'on retrouve aussi d'ailleurs dans les autres formes du cancer lorsqu'ils deviennent volumineux, mais qui est d'autant plus significative ici que toutes les parties environnantes sont normales, et non tuméfiées. Dans les cas que nous avons observés, les ganglions cervicaux sont restés intacts. Sauf un peu de pâleur de la face, il n'y avait aucune trace de cachexie cancéreuse, ni de coïncidence avec d'autres cancers viscéraux. Le malade n'accusait pas au début de douleurs vives, mais l'anxiété respiratoire était prononcée de très-bonne heure. Quand la tumeur a eu le temps de s'étendre aux aryténoïdes et de s'ulcérer, il est survenu une dysphagie extrêmement douloureuse. Mais plus ordinairement le malade est mort avant que ce dernier symptôme ait eu le temps de se produire ; mort rapidement la nuit, comme étranglé par le resserrement interne de la glotte. Tels sont du moins les renseignements qui nous ont été transmis par les familles ou les médecins de ces malades, car nous n'avons pu assister à ce dénouement fatal. En suivant le malade une quinzaine de jours, on ne pouvait plus avoir de doute sur la nature maligne de la tumeur. Quant à

la dénomination de squirrhe, elle résulte non pas d'autopsies, que nous n'avons pu faire jusqu'à présent, mais de l'impression que nous avons reçue de l'aspect anfractueux, coupé à pic de l'ulcération, ainsi que du volume restreint, ratatiné, et de la consistance dure de la tumeur. Cette variété de cancer est celle qui paraît tendre le plus vite à l'occlusion de la glotte, c'est la plus promptement mortelle.

La quatrième forme, que nous appelons *cancer sous-glottique* ou *trachéal*, est caractérisée par des tumeurs, siégeant au-dessous de cordes vocales, ou même flottant dans la trachée : nous avons eu un premier exemple de cette variété chez un vieil homme de lettres, appartenant à la presse humoristique. Au-dessous des cordes vocales rouges, bourgeonnantes et ulcérées sur les bords, on apercevait à une certaine distance au-dessous de la corde droite, une tumeur d'une teinte gris rosé, grosse comme un pois chiche environ, et qu'il était difficile d'atteindre avec les éponges laryngiennes. Ce malade est resté soumis à notre observation pendant plus d'un an, soit au dispensaire du Bureau central, soit dans notre service de l'hôpital Lariboisière, où il a fait un assez long séjour à la fin de l'année 1874. Les ulcérations des cordes vocales ne faisaient pas de progrès, et quoiqu'un peu d'inflammation et d'œdème se développât de temps à autre à leur pourtour, et s'accompagnât parfois du dépôt de quelques enduits pultacés, il était facile de faire rentrer tout cela dans un ordre relatif au moyen de quelques cautérisations. La dyspnée et le sifflement laryngien se modifiaient assez vite sous l'influence des divers caustiques, aidés d'un traitement toxique. La voix seule restait détruite, déchirée : une haleine fétide et une expectoration sanieuse témoignaient aussi de la nature de la tumeur. Disons toutefois que l'acide chromique, qui nous donne d'excellents résultats pour crisper les œdèmes de la glotte survenant dans le cours de la tuberculose laryngée, ou de la syphilis laryngée, causait à ce malade une invincible terreur. Il accusait ce topique de lui occasionner des phénomènes spasmodiques violents, et nous avons vu en effet qu'en cherchant à porter ce caustique jusqu'à la tumeur intra-trachéale nous déterminions

chez lui une grande anxiété. Le fait était-il dû à l'action spéciale du topique, ou à la sensibilité reflexe propre à la trachée, sur laquelle nous allons revenir, nous ne saurions bien le dire. Toutefois le malade supportait facilement le contact du chlorure de zinc au 1/50e, et nous avons vu un autre de nos cancéreux accuser la même différence d'impression à l'égard de ces deux topiques. A la fin de l'année 1874, ce malade exigea son exeat ; nous avons appris depuis qu'en mars 1875, il fut conduit à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Frémy, en état d'asphyxie imminente, qu'il y fut trachéotomisé, et qu'il ne tarda pas à y mourir. M. Affre, notre ancien interne, qui l'avait connu à Lariboisière, le reconnut à l'Hôtel-Dieu, mais le malade n'était pas dans sa division, et lorsqu'il mourut, l'interne du service, pour des raisons que nous ignorons, mais qui ne montrent pas chez ce jeune homme un amour bien désintéressé de la science, se refusa à communiquer à son collègue les résultats de l'autopsie.

Un second cas, infiniment plus intéressant, est celui de M. D...., riche industriel, qui fut observé pendant plusieurs mois par M. Krishaber et par nous-mêmes. Au-dessous des cordes vocales, atteintes d'inflammation chronique et légèrement hypertrophiées de manière à rétrécir notablement l'orifice glottique, on apercevait à une assez grande profondeur une tumeur arrondie, grisâtre, que l'un de nous décrivit et dessina un jour à gauche, et que l'autre vit à droite de la glotte. Tous deux pouvaient avoir bien observé, car il s'agissait d'une tumeur flottante. En effet, après que ce malade eût reçu plusieurs mois nos soins à tour de rôle, la dyspnée paraissant s'accroître, M. Krishaber résolut de tenter de détruire la tumeur par le galvano-cautère et nous convia à cette opération. L'application du galvano-cautère fut faite avec une grande dextérité par notre confrère, et nous vîmes fumer légèrement la tumeur. Le malade accusa d'abord un sentiment de brûlure légère, mais tandis qu'il s'apprêtait à subir un second contact, il se sentit pris tout d'un coup d'une dyspnée intense, avec une anxiété croissante, accompagnée de tels phénomènes réflexes, qu'il fallut sur-le-champ pratiquer une trachéotomie qui fut très-laborieuse. Le malade put re-

venir à lui, et sembla se rétablir pendant deux ou trois jours. Un nouvel accès de dyspnée subite et foudroyante détermina sa mort, avant que M. Krishaber, appelé en toute hâte, eût eu le temps d'arriver. Notre confrère put, le lendemain, non pas pratiquer l'autopsie complète, mais enlever le larynx et quelques centimètres de la trachée. On reconnut alors que la mort avait été causée par la présence d'une tumeur cancéreuse allongée, flottant librement dans la trachée, comme une sorte de corde irrégulière, et dont il fut impossible d'atteindre le point d'insertion, qui semble avoir été beaucoup plus bas. C'est cette tumeur flottante qui venait de temps à autre montrer sa tête entre les lèvres de la glotte, c'est elle qui, refoulée dans l'opération, était ensuite venue brusquement boucher l'orifice de la canule. La pièce a été présentée en 1874 à la Société de chirurgie par M. Krishaber, et nous espérons que notre confrère voudra bien nous donner cette observation *in extenso*. Ce fait présente, entre autres circonstances intéressantes, un exemple de l'extraordinaire sensibilité réflexe que présente l'intérieur de la trachée, contrairement à l'opinion commune, qui place aux cordes vocales le maximum des excitations réflexes. Nous avons souvent l'occasion dans nos cliniques de montrer que ce point maximum siége au contraire à l'entrée de la trachée, au-dessous de la commissure interaryténoïdienne, mais dans un point situé déjà au-dessous de la glotte, point qu'il suffit de toucher avec un instrument quelconque pour déterminer la toux coqueluchoïde et un accès de dyspnée.

Après la description que nous venons de donner de ces différentes variétés du cancer laryngien, de l'aspect divers que ces tumeurs présentent au laryngoscope, et des principaux symptômes accusés par les malades, il nous reste peu de chose à dire pour résumer la symptomatologie générale du cancer laryngien.

Tout d'abord l'existence de cette terrible maladie peut rester longtemps méconnue. Pendant une période très-longue, elle ne s'accompagne pas de douleurs vives. Nous avons vu les énormes tumeurs de la première variété, les

épithéliomes extrinsèques, persister pendant un temps fort long sans déterminer ni dyspnée, ni dysphagie considérable, sans se traduire par des douleurs lancinantes, sans amener de cachexie cancéreuse, ni de retentissement manifeste sur les ganglions cervicaux. Ces malades sont fort étonnés quand on leur dit qu'ils ont une maladie grave de la gorge, et souvent ils ne veulent pas nous croire, et quittent par exemple l'hôpital malgré tout ce qu'on peut leur dire du danger auquel ils sont exposés.

Au début, on n'observe donc pendant longtemps qu'une altération plus ou moins grande de la voix (altération qui manque souvent tout à fait dans le cancer extrinsèque) ou une gêne de la déglutition, qui souvent n'est pas grande ni très-douloureuse. D'assez bonne heure et dans toutes les variétés à ce qu'il paraît, on voit survenir une expectoration, pâle, peu cohérente, et mêlée de matières grisâtres, fétides, ou d'une sanie vermeille plus ou moins colorée. La fétidité augmente beaucoup à la fin, et peut prendre une grande analogie avec l'odeur de la gangrène.

Si l'on palpe le cou, on peut trouver quelques ganglions cervicaux indurés, notamment sous l'angle des mâchoires, mais ce signe peut manquer d'une manière absolue jusqu'à la fin pour les cancers intralaryngiens. On note en revanche dans ceux-ci l'hypertrophie en masse du cartilage thyroïde, et la forme en *bouclier* ou *carapace de crustacé*, avec la sensation analogue que le larynx donne au toucher. Ce signe est très-caractéristique. Il doit faire songer immédiatement à la nécessité de l'examen laryngoscopique, qui révélera la présence de la tumeur. Dans plusieurs cas, (cancers extrinsèques, cancers polypiformes ou même cancers squirrheux de l'infundibulum), on pourra joindre à ces renseignements la sensation que fournit le toucher au moyen du doigt introduit dans la gorge, et jusque dans l'infundibulum laryngien.

Les phénomènes de dyspnée peuvent manquer longtemps. Ils ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux qui résultent des autres obstructions de la glotte, sifflement inspiratoire ou cornage, tirage au creux diaphragmatique, accès de suffocation

menaçante : ces symptômes ont leur maximum de danger dans la forme que nous avons appelé squirrheuse.

La dysphagie manque rarement de se produire, au moins dans les derniers temps, sauf dans des cas de squirrhe qui étouffent brusquement le malade, avant que la tumeur ait eu le temps de se propager aux aryténoïdes et de s'ulcérer. La dysphagie très-douloureuse résulte à peu près également des tumeurs ulcérées de l'épiglotte et de celle des éminences aryténoïdes. Cette dysphagie peut atteindre un degré comparable à celle des infiltrations tuberculeuses miliaires, et le malade est exposé à mourir de faim, s'il ne meurt par suffocation. Dans une de nos observations l'inanition a paru menacer l'existence du malade plus que la dyspnée. C'était pourtant un cancer intralaryngien à l'origine.

En résumé, tous ces symptômes, sauf peut-être celui du *larynx en carapace*, sont insuffisants pour diagnostiquer le cancer du larynx, si l'on n'y joint l'investigation laryngoscopique, qui montrera les tumeurs dont nous avons décrit ci-dessus les aspects variés.

Quoi qu'il en soit de la prédominance de ces différents symptômes, selon le siége et la variété anatomique du cancer, nous devons insister sur ce fait que la marche de la maladie est beaucoup plus lente qu'on serait tenté de le croire pour une dégénérescence si grave d'un organe si important. Le développement relativement lent et progressif de la lésion permet une *accoutumance* dont l'histoire du cancer dans d'autres régions nous fournit plus d'un exemple. Il n'en est pas ici comme d'un œdème subit de la glotte. L'air sait trouver sa voie à travers ces tumeurs volumineuses; il semble que la nature ait des ressources inattendues pour résister à l'obstruction des premières voies respiratoires. La mortification et la chute spontanée de quelques parties de la tumeur viennent de temps à autre rétablir la respiration, de même que dans le cancer de l'intestin, on voit souvent se rétablir par le même mécanisme la perméabilité des voies digestives. Dans le cancer laryngé, l'absence de généralisation de l'affection, le manque de cachexie cancéreuse a aussi ce résultat, que le malade conserve longtemps ses forces

jusqu'au moment où il sera définitivement étouffé, s'il n'est épuisé par la dysphagie. La terminaison peut donc se faire par asphyxie progressive, par les progrès de l'inanition, mais nous croyons que le phénomène terminal est quelquefois brusque et qu'une sorte de coup de *garrot*, résultat d'un spasme, vient déterminer la mort. Il est certain d'ailleurs que cet étranglement brusque peut se produire à toutes les époques de la maladie, et bien avant que le malade ait été épuisé par les progrès de la cachexie.

Le *diagnostic* peut être très-simple dans les formes largement végétantes de la maladie, il devient fort difficile pour la forme intra-laryngienne squirrheuse. Pour les premières, il suffit d'un coup d'œil jeté sur le miroir pour reconnaître d'emblée la nature de la maladie. On peut cependant confondre longtemps un épithéliome intralaryngien et polypiforme avec un papillome simple. La promptitude de la repullulation devra cependant nous mettre en garde, et l'on ne devra jamais négliger de faire examiner au microscope les fragments de ces tumeurs suspectes que l'on aura pu enlever avec la pince. Les réponses des micrographes sont loin d'être toujours péremptoires : nous avons cité plus haut le cas d'un vieillard atteint simultanément d'un cancroïde du prépuce et d'un épithéliome polypiforme du larynx. Un fragment de cette tumeur fut adressé à un de nos micrographes les plus distingués, en même temps qu'un papillome des plus simples que nous venions d'enlever à une jeune fille de 15 ans. La réponse de ce micrographe, qui fait d'ailleurs autorité, fut qu'il s'agissait de deux papillomes presque identiques ; celui du vieillard présentait cependant des *cellules plus jeunes*, et avait peut-être plus de chances de récidive que l'autre. Or, la jeune fille a été complétement guérie par l'avulsion de son papillome, nous l'avons revue plusieurs mois après. Le vieillard a continué à garder sa tumeur repullulante, qui était pour nous un cancroïde analogue à celui du prépuce. Ne négligeons pas cependant de nous entourer des lumières de l'histologie, qui pourra être souvent plus affirmative.

Quant à la forme que nous avons appelé *squirrheuse*, le

diagnostic pourra être longtemps incertain. Le rétrécissement simple ou accompagné d'une surface ulcéreuse, que l'on observe au début, ne diffère pas notablement des lésions analogues que l'on observe dans la phthisie laryngée ou dans la syphilis laryngée. Disons toutefois que la tuberculose laryngée s'accompagne ordinairement de phénomènes inflammatoires et d'infiltrations œdémateuses plus marquées et surtout plus rapidement développées que le cancer. La coloration des surfaces est moins foncée, plus rose : l'œdème transparent, analogue au *chemosis* de la conjonctive, est fréquent dans la tuberculose ; nous ne l'avons pas encore vu dans le cancer, qui est au contraire ratatiné, anfractueux, et d'une consistance plus dure. Les surfaces tuberculeuses sont molles au toucher. Les produits de secrétion, le muco-pus qui baigne les ulcérations tuberculeuses est plus lié, plus crémeux et moins fétide que la sanie cancéreuse, qui est grisâtre, ou mêlée d'un sang vermeil, jus de groseille. Les végétations en forme de stalactite, qui se produisent dans la phthisie laryngée, sont arrondies, et n'ont pas l'aspect déchiqueté et anguleux du squirrhe laryngien. Enfin, et toujours, il faudra qu'un examen attentif de la poitrine démontre l'absence de lésions tuberculeuses : à la période où la phthisie laryngée pourrait être confondue avec le squirrhe laryngien, il y a toujours phthisie pulmonaire du deuxième degré, si ce n'est même du troisième. On a cité, il est vrai, des cas ou le cancer laryngien coïncidait avec une tuberculose pulmonaire, et Trousseau et Belloc en rapportent deux observations dans leur *Traité de la phthisie laryngée*. Mais ce sont là des faits exceptionnels, peut-être discutables avec les progrès accomplis par la science clinique depuis l'année 1838, et qui prouveraient tout au plus que les deux diathèses ne s'excluent pas. C'est une difficulté qui peut inspirer une réserve sur le diagnostic, mais qui ne détruit pas la règle générale. La faiblesse respiratoire qui accompagne les rétrécissements laryngiens rend souvent difficile, il est vrai, l'auscultation de la poitrine, mais, avec la percussion, avec des examens répétés, il est en général facile d'arriver à reconnaître la phthisie pulmonaire. Le cancer

du poumon pourrait être une cause d'erreur, mais on sait qu'il est rare, et détermine plutôt des épanchements pleurétiques, que des signes pulmonaires proprement dits.

Quant à la syphilis laryngienne, elle ressemblerait fort à une ulcération cancéreuse, si les ulcérations syphilitiques du larynx étaient telles que certains auteurs les ont décrites encore récemment : des surfaces couleur rouge sombre ou de chair de jambon, avec des ulcères taillées à pic. Nous avons montré souvent dans nos cliniques combien ces descriptions étaient inexactes, comment elles étaient empruntées de toutes pièces à la description des ulcères syphilitiques de la peau. La teinte, la *nuance* de la syphilis pharyngo-laryngienne n'est nullement sombre et couleur de *chair de jambon*, elle est d'un rouge vif et purpurin, d'un rouge *carminé*, d'un rouge *scarlatineux;* quant aux ulcérations *à pic*, cela est encore vrai pour l'isthme du gosier, cela cesse de l'être pour le larynx. Les ulcérations y sont molles, d'un gris jaunâtre, comme celle de la tuberculose, et accompagnées d'un certain degré de tuméfaction ou d'œdème. Les rétrécissements syphilitiques du larynx ne nous ont pas présenté l'aspect anfractueux du squirrhe laryngien ; il nous faudrait de nouvelles observations pour admettre une analogie entre ces deux lésions. Il est d'ailleurs une circonstance capitale pour le diagnostic différentiel, sur laquelle nous insisterons : les rétrécissements de la glotte et les ulcérations profondes du larynx sont des lésions *tertiaires* et *tardives* de la syphilis : nous ne les avons rencontrées jusqu'à présent que dans des syphilis datant de six ans, huit ans, dix ans ou davantage. Les mêmes apparences dans le squirrhe laryngien se montrent dès le début de la maladie. La recherche des commémoratifs, l'examen du malade qui devra être fait *de capite ad calcem* aura montré dans le cas de syphilis des cicatrices de chancre sur les parties génitales, des traces de syphilides cutanées, ou d'ulcérations au voile du palais, des épiglottes érodées comme à l'emporte-pièce, etc., etc, le malade aura dans la plupart des cas conservé le souvenir de ces accidents.

Enfin, il reste une dernière ressource pour le diagnostic,

que l'on ne devra jamais manquer d'employer pour éviter des erreurs regrettables, je veux dire celle de l'emploi thérapeutique de l'iodure de potassium, dont le succès rapide indique une origine syphilitique, lors même que le malade persiste à nier tout antécédent de cette nature. J'en citerai un exemple assez remarquable. Un étranger fort respectable par son âge et son rang, fut pris, il y a quelques années, de dyspnée progressive, avec sifflement laryngien. Sa poitrine était remarquablement sonore, et sans aucun signe de phthisie pulmonaire. Le larynx présentait un rétrécissement notable, la lumière glottique réduite aux dimensions d'une boutonnière étroite, par des cordes vocales atteintes d'inflammations chroniques et tuméfiées, comme dans les cas qui ont été décrits en Allemagne sous le nom de *chordite inférieure*. Du reste, pas de tumeur, pas d'ulcération appréciable. Un spécialiste de la ville, que je ne nommerai pas, avait diagnostiqué un rétrécissement cancéreux du larynx, et prévenu le malade qu'il eût à se pourvoir d'un chirurgien prêt à pratiquer la trachéotomie au premier moment. Le malade, fort effrayé de cette déclaration, vint me trouver sans me dire tout d'abord le diagnostic et le pronostic qu'on venait de porter sur lui. Je reconnus le rétrécissement, l'absence de phthisie pulmonaire, et je l'interrogeai immédiatement sur les antécédents de syphilis, qu'il nia avec bonhomie, invoquant son âge, et le peu de vergogne que l'on met dans son pays à cacher les affections vénériennes. Cependant, et parce que je savais précisément d'autre source, combien la syphilis est commune même dans les classes supérieures de ce pays, situé à l'Orient de l'Europe, je résolus, après une huitaine de jours consacrés sans résultat appréciable aux cautérisations à l'acide chromique, d'employer sans l'en prévenir le traitement de la syphilis viscérale, c'est-à-dire la solution de Gibert. En huit jours au plus, la dyspnée disparut, le rétrécissement s'agrandit de plus de moitié; devant ce résultat, j'interrogeai de nouveau le malade, qui finit par trouver dans ses souvenirs un petit accident de jeunesse auquel il n'avait pas attaché d'importance. Huit jours de plus, pendant lesquels la médication iodurée fut combinée avec les onctions d'on-

guent napolitain, firent justice du prétendu cancer. Depuis plus de trois ans, je revois de temps à autre ce malade qui n'a jamais eu de récidive.

Le *pronostic* du cancer est nécessairement fatal. Rien ne modifie la marche extensive des tumeurs cancéreuses. L'intervention chirurgicale que nous discuterons tout à l'heure ne fait souvent que hâter le danger. Elle n'éloigne en aucun cas le danger presque certain de la récidive qui s'applique à tous les cancers. Quant à l'imminence de la terminaison fatale, nous avons vu plus haut sur quels motifs on pourrait se baser pour la prévoir : les grosses tumeurs extrinsèques peuvent être supportées longtemps, un an, quinze mois, peut-être plusieurs années. Les cancers polypiformes sont plus menaçants, mais ils sont encore tolérés longtemps, si on ne les exaspère pas par des essais intempestifs d'avulsion. Le squirrhe, ou le cancer flottant de la trachée sont les plus dangereux et les plus promptement mortels : les phénomènes spasmodiques qu'ils déterminent contribuent à la terminaison brusque que l'on observe souvent dans ces cas. Le médecin devra mettre de bonne heure sa responsabilité à couvert en prévenant, non le malade que son devoir est de tromper, mais la famille ou les amis de celui-ci, de la gravité du pronostic.

Quant à l'*étiologie*, elle reste obscure. Les circonstances banales de refroidissement ou de l'action des irritants directs n'ont aucune importance en dehors de la prédisposition, ou mieux de la *diathèse cancéreuse*, si souvent héréditaire. Cette diathèse peut être invoquée même pour des produits histologiques, qui peuvent différer dans leur aspect et leurs éléments anatomiques, mais qui ont tous cet élément commun de l'envahissement progressif et de la récidive, soit sur place, soit à distance.

Il est seulement une circonstance étiologique que nous mettrons en relief parce qu'elle a de l'importance au point de vue de la pathologie générale. Depuis de longues années, M. Bazin a signalé les cancroïdes et les cancers comme une des terminaisons de la diathèse herpétique. Les cancroïdes de la langue ont été notamment indiqués comme succédant

assez souvent au psoriasis lingual. Plusieurs de nos cas de cancer rentreraient aussi dans cette loi. Un malade de Bayonne, dont nous donnerons ultérieurement l'observation, et qui mourut avec le type le mieux prononcé du squirrhe intralaryngien, à marche rapidement suffocante, était atteint depuis sa jeunesse d'un psoriasis cutané très-étendu. Un de nos malades d'hôpital, porteur d'un épithéliome extrinsèque du larynx, présentait sur les fesses une affection squameuse, disposée en larges cercles, dont la nature fut discutée par plusieurs de nos collègues, experts en dermatologie: l'un voulait y voir une ancienne syphilide, les autres y virent une affection purement herpétique. Le traitement spécifique donné pendant plus d'un mois ne modifia en rien la dermatose pas plus que la tumeur laryngienne, et donna par conséquent raison à ceux qui ne voyaient rien de syphilitique dans ces produits morbides. Un certain comte d'O..., que nous avons soigné un peu avant la guerre de 1870, et qui, parti alors en province, ne tarda pas à succomber à des accidents de suffocation, nous avait présenté aussi les signes d'une ulcération lardacée et déchiquetée des cordes vocales. Il était atteint depuis longtemps d'accidents herpétiques. Quant à l'arthritisme, ou même à la goutte aiguë, nous avons soigné, à la fin de 1874, un monsieur H... (de Saint-Omer), qui succomba rapidement à un squirrhe intralaryngien, et qui était un ancien goutteux. Dans une saison à Cautterets, où il s'était rendu trois mois au plus avant sa mort, il avait été atteint d'un accès de goutte aiguë des mieux caractérisés qui obligea notre distingué confrère, le docteur Bouvyer, auquel nous l'avions adressé, à suspendre le traitement thermal. Nous donnerons prochainement une observation du docteur Bailly, relative à un cancer de l'œsophage et du larynx chez un sujet atteint antérieurement de nombreux accès de goutte.

Quant au *traitement*, nous croyons qu'il sera purement palliatif. Le cancer n'a pas encore trouvé, je ne dirai pas son spécifique, mais son traitement curatif. On sait seulement qu'il faut s'abstenir de toute médication débilitante, et tonifier le malade par tous les moyens. C'est pourquoi nous

repousserons les émissions sanguines, et même les scarifications locales que nous savons avoir été pratiquées récemment encore par un de nos confrères, spécialiste des maladies du larynx. Le traitement topique pourra donner du soulagement au malade dans une certaine mesure : enrayer les phénomènes d'inflammation ou d'œdème qui se produisent autour de la tumeur, arrêter les hémorrhagies, diminuer la fétidité de l'ichor cancéreux, et enfin calmer les douleurs de la dysphagie et rendre la déglutition possible ; tels sont les résultats que l'on pourra obtenir.

Pour réduire les œdèmes, nous aurons les attouchements avec les styptiques, ou les caustiques légers, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc. Ce dernier est bien toléré, il n'attaque que les surfaces dépourvues de leur épithélium. Nous avons dit que l'acide chromique, si utile chez les phthisiques et même les syphilitiques, avait paru déterminer chez deux cancéreux des symptômes pénibles d'excitation réflexe. Le perchlorure de fer pourra être utile pour les surfaces saignantes. Enfin, les gargarismes, ou les attouchements au permanganate de potasse, sont un moyen facile et exempt d'inconvénient, d'atténuer la fétidité des matières expectorées. La glycérine a une action analogue ; son pouvoir cicatrisant est utile pour les ulcérations douloureuses, et la solution de morphine dans la glycérine, au 1/50, ou même au 1/25, est le calmant le plus efficace dans les cas de dysphagie intolérable : la glace, en menus morceaux a parfois aussi son utilité dans ce même cas. On attendra ainsi tout doucement la mort du malade.

Il nous reste à parler du traitement chirurgical. Nous ne voudrions pas décourager ceux qui ont tenté l'avulsion des tumeurs, soit par des opérations sanglantes, soit par l'écraseur, soit par le galvano-cautère, et nous ne nions pas que des succès partiels et temporaires ne puissent être obtenus pour certaines variétés de cancers extrinsèques, particulièrement pour les sarcomes, qui peuvent être de nature bénigne. Pour les autres, nous ne craignons pas de dire que la récidive est la règle, et que bien des faits semblent montrer que l'intervention chirurgicale, loin de retarder la terminai-

son fatale, ne fait que l'accélérer. Nous avons vu plus haut que les épithéliomes semblent se prolonger indéfiniment, lorsqu'on n'y oppose qu'un traitement palliatif ; mais nous craignons que ce ne soient des sortes de *noli me tangere* que le traitement chirurgical exaspère. Nous savons notamment que les avulsions de cancers polypiformes ont été suivies d'accidents inflammatoires, ou d'œdème compromettant l'existence. Nous n'avons pas, il est vrai, jusqu'à présent de faits qui nous prouvent que le cancer laryngien, ainsi traqué dans ses retranchements, semble provoquer la répullulation à distance; mais pourquoi n'en serait-il pas de ce cancer, déjà viscéral, comme d'autres cancers purement extérieurs, où ces faits de généralisation ont été signalés? La doctrine des chirurgiens varie à cet égard ; dans leur jeunesse, dans leur période militante, ils sont prompts souvent à attaquer le cancer à main armée. Les chirurgiens dont l'âge a mûri l'expérience sont plus réservés à cet égard, et nous avons vu nos maîtres les plus renommés, les Robert, les Laugier, les Nélaton, les Velpeau, en arriver à la fin de leur carrière à ne plus opérer qu'avec répugnance en présence des récidives incessantes qui suivaient les opérations les mieux réussies. Si nous ne pouvons sauver le malade, épargnons-lui les douleurs d'une opération inutile. *Natura medicatrix !* Laissez la nature mettre fin à ses souffrances ! disait dernièrement un de nos sages collègues, le Dr Mesnet, dans une consultation où l'on discutait l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans un cas du cancer du larynx. Cette résignation à la défaite n'est-elle pas désolante? dira-t-on. Sans doute, mais la perspective de voir le malade mourir des suites prochaines d'une opération sans avenir, l'est-elle moins ? Nous faisons allusion, on le voit, à l'extirpation totale du larynx, que l'on a tentée depuis deux ans avec des apparences de succès. L'instant n'est pas venu de les juger en dernier ressort. Mais qu'on nous permette, dès à présent, une remarque : dans la dernière observation de Langenbeck, que nous avons rapportée dans notre avant-dernier numéro, on a vu ce maître illustre obligé de lier plus de quarante artères, de couper les deux nerfs linguaux, et les deux hypo-

glosses, de reséquer plus du tiers postérieur de la langue, et de poursuivre des ganglions cervicaux dégénérés jusque vers la base du crâne : le malade s'en est tiré momentanément, c'est bien : eût-il eu la même chance entre des mains moins expérimentées ? c'est douteux. Combien de temps a duré ensuite cette misérable existence d'un homme privé de la voix et de la déglutition, c'est ce qu'on ne nous a pas encore dit, et ce que la loyauté du chirurgien de Berlin ne manquera certainement pas de nous faire connaître. Mais supposons qu'au lieu de s'étendre vers les ganglions cervicaux supérieurs, la généralisation cancéreuse se fût étendue en bas le long de la trachée ; supposons que l'opérateur eût rencontré cette carapace encéphaloïde révélant la trachée jusqu'au dessous de la fourchette sternale que nous avons signalée dans une de nos observations ci-dessus, ou bien qu'il eût rencontré dans la trachée ce long serpent flottant, qui provenait des profondeurs des voies respiratoires, tel que nous l'avons rapporté d'après l'observation de M. Krishaber et dont rien ne pouvait faire prévoir l'existence, où se serait arrêté notre audacieux opérateur ? aurait-il ouvert la cavité thoracique pour y poursuivre ces chapelets cancéreux dont on ne peut déterminer l'étendue, puisque nous avons vu récemment à Lariboisière un sujet atteint de dégénérescence cancéreuse de toute la partie gauche du médiastin jusqu'à l'origine de l'aorte ? tels sont les obstacles que l'on peut, et que l'on doit prévoir, et qui nous ont déjà fait dire ailleurs que si cette opération n'a pas encore donné le résultat désastreux d'une mort du patient sous le couteau de l'opérateur, le fait ne pouvait tarder à se produire un jour ou l'autre. La trachéotomie suffit jusqu'à présent à prolonger les jours du malade pour répondre à certaines nécessités morales, dont la déontologie professionnelle est seule juge. Elle assure au malade une prolongation d'existence au moins égale à celle de l'extirpation totale, et bien qu'elle ne soit pas exempte de dangers et de revers, elle est incomparablement moins chanceuse. Sachons nous en contenter, et gardons-nous même de compromettre trop souvent cette admirable opération dans des cas où elle n'a aucun avenir de succès du-

rable. *Natura medicatrix!* répéterons-nous comme notre sage collègue. Mieux vaut encore notre impuissance qui adoucit les derniers moments du malade, qu'une témérité qui peut le tuer sans autre avenir que quelques semaines d'une existence pire que la mort.

DU RETARD DANS LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ET DU MUTISME CHEZ L'ENFANT QUI ENTEND

Par le Dr **Ladreit de Lacharrière**

Il faut avoir été témoin des cruelles appréhensions des parents lorsque le langage ne se manifeste pas à l'âge habituel de la vie pour songer à étudier les conditions morbides dans lesquelles la parole ne se produit que tardivement, et celles dans lesquelles l'enfant reste muet sans être sourd.

A quel âge un enfant commence-t-il à parler? Cette époque de la vie peut-elle être simplement retardée? Quelles sont les conditions physiques qui peuvent y concourir? Quels sont les vices de conformation qui peuvent déterminer ce retard, ou empêcher à tout jamais le développement du langage articulé? Telles sont les questions qui me sont journellement posées. Je suis consulté sans cesse par des parents éplorés qui, après avoir attendu deux, trois et quatre ans, sont épouvantés à la pensée que leur enfant pourrait rester muet. Je suis souvent heureux de pouvoir les rassurer, j'ai quelquefois le regret de leur enlever leur dernière espérance.

Les auteurs qui ont étudié la fonction du langage articulé n'ont pas eu l'objectif que je me propose aujourd'hui, ils se sont occupés des lésions qui peuvent abolir le langage. Dans des recherches où l'expérimentation ne saurait avoir sa place, l'étude de l'être malade éclaire la physiologie cérébrale en dissociant, pour ainsi dire, certaines facultés qui

semblent intimement unies. Ce n'est pas dans ces conditions que j'ai observé les faits que je veux exposer. D'une part je n'ai pas eu à étudier des états morbides survenus au milieu de l'état physiologique, et d'autre part l'analyse des facultés intellectuelles au premier âge est chose impossible, je n'ai donc pu rechercher que les conditions physiques dans lesquelles peut se produire un développement lent ou imparfait de la première enfance, comment ces lacunes du premier âge peuvent disparaître, comment elles peuvent persister. L'anatomie pathologique me permettra peut-être de trouver des explications que je n'avance pas aujourd'hui, mais comme en médecine supposition n'est pas raison je resterai sur le terrain de la clinique pour exposer simplement les faits observés.

L'étude des troubles du langage articulé est tout à fait moderne. Le travail le plus ancien est peut-être celui de Gesner (1770) sur l'*Amnésie de la parole* (1).

M. le professeur Bouillaud, dans différents mémoires et dans un grand nombre d'observations publiées depuis 1837 a cherché à localiser la faculté du langage et le pouvoir de coordination de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, et particulièrement dans l'hémisphère gauche. Il vient encore de présenter, le 21 janvier dernier, une note à l'Académie des sciences sur un nouveau cas d'aphonie ou de perte de la parole provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'acte de la prononciation des mots sans aucune lésion des facultés intellectuelles.

En 1850, Thomas Hun (2) publiait une observation d'amnésie. En 1853, le Dr W. Nasse (3) publiait un mémoire sur ce sujet.

En 1860, le Dr Forbes Winslow traitait cette même question

(1) *Sammlungen von Beobachtungen anz der Arzneigelartheit-Nördl*, 1770, 107.

(2) A case of amnesia. — *American Journal of insanity*, 1850, p. 358.

(3) Uber Einige Arten von partiellem Sprachunvermögen, *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, p. X, p. 335.

dans un mémoire intitulé : *Sur une maladie obscure du cerveau et des désordres de l'intelligence.*

En 1861, M. le professeur Broca donnait à ce sujet un intérêt tout particulier par son mémoire présenté à la Société anatomique *sur le siége du langage articulé*, dans lequel il démontrait que la faculté du langage a pour siége anatomique la partie postérieure de la troisième circonvolution cérébrale du côté gauche. Plus tard, dans la discussion de la Société d'anthropologie, M. Broca a expliqué cette localisation comme un fait acquis par l'usage. L'hémisphère gauche du cerveau se développant le premier, c'est avec cette partie du cerveau que l'enfant commence à comprendre, à agir, à manifester sa pensée. La fonction se localise dans l'hémisphère gauche, tandis qu'elle reste rudimentaire dans les circonvolutions droites, mais la troisième circonvolution du côté droit pourra devenir elle-même le siége du langage si, par une cause morbide la fonction est interrompue dans celle de gauche.

En 1864, les leçons de Trousseau sur l'aphasie, les discussions de l'Académie de médecine, celles de la Société d'anthropologie, en 1864 et 1865, eurent un grand retentissement.

Je dois aussi mentionner une revue critique de M. le Dr Falret publiée dans les *Archives de Médecine* de 1864 et un mémoire de M. le Dr Jaccoud publié, la même année, dans la *Gazette hebdomadaire*. Dans ce travail M. Jaccoud cherche à démontrer que le centre fonctionnel de l'articulation des sons et de la déglutition est dans la moelle allongée, qu'il est constitué par l'union respective de l'hypoglosse, des faciaux, des glosso-pharyngiens, des accessoires du trijumeau, et il repousse la localisation possible de la faculté du langage.

M. le Dr Luys, dans un très-remarquable mémoire, publié dans nos *Annales*, a décrit des dégénérescences qu'il avait eu l'occasion d'observer dans les cerveaux de deux sourds-muets, et qu'il rattache à la perte de la fonction de l'audition et du langage.

Ces deux fonctions seraient pour lui absolument connexes,

et l'audition serait la condition *primordiale*, *essentielle*, de tout acte phono-moteur.

Dans cette hypothèse, la perte de l'audition devrait entraîner la perte *irréparable* de la parole. Or, ceux des sourds-muets qui parviennent à reconquérir le langage articulé se retrouvent dans les conditions normales, la lecture sur les lèvres leur permettant de prendre part à une conversation. Dira-t-on que la vue sera dans ce cas l'excitant de l'action réflexe de la parole ? Mais alors cette action pourra être provoquée par plusieurs fonctions. L'audition et la phonation ne sont donc plus les deux éléments d'une même fonction.

D'autre part, je me propose d'indiquer dans ce travail les conditions dans lesquelles l'enfant peut être privé de la parole sans être sourd. Je crois donc pouvoir émettre cette opinion que si l'audition et la parole se trouvent dans une intimité absolue, elles n'en doivent pas moins avoir dans le cerveau des localisations spéciales qui leur permettent de se manifester indépendamment l'une de l'autre.

Telles sont, pour ainsi dire, les archives scientifiques de cette importante question dont la connaissance nous a été d'un puissant secours pour l'étude des faits que nous voulons présenter.

A quel âge un enfant parle-t-il ? C'est de quinze à dix-huit mois que les manifestations du langage articulé se produisent. Avant cette époque l'enfant fait apprécier déjà le degré de son intelligence, il désigne les objets qui lui sont devenus familiers, mais c'est par des gestes et par des cris qu'il se fait comprendre. Pour arriver au langage articulé il a dû recevoir déjà une éducation relativement complexe. « C'est une disposition sage et bienfaisante, a écrit, M. le baron de Gérando (1), que celle par laquelle la nature a placé l'enfant dans une dépendance aussi entière et aussi absolue de ceux qui prennent soin de lui, car, entre plusieurs avantages qu'il en retire, il doit à cette dépendance l'acquisition de la langue maternelle, car c'est parce qu'il ne peut rien par lui-même, parce que le secours d'autrui lui est sans cesse et en

(1) *De l'Education des sourds-muets*, p. 32.

toute chose indispensable que le premier de ses besoins devient celui de se faire comprendre et d'être compris. » Pendant de longs mois son intelligence se sera peu à peu développée, il aura appris la signification de certains gestes, de quelques mots, il exprimera par la physionomie, par ses gestes ou ses cris, le refus ou la volonté d'exécuter une action, et prouvera ainsi qu'il comprend ce qu'on lui demande, mais il ne pourra prononcer un de ces mots qu'il connaît si bien, que lorsque les organes de l'intelligence et de la parole auront acquis un degré suffisant de développement. Ce jour-là l'enfant répétera les mots qu'on prononcera devant lui, le plus souvent sans les comprendre, mais la mémoire ne tardera pas à en emmagasiner un certain nombre qui formeront son petit vocabulaire.

L'enfant dont la santé sera mauvaise ou simplement délicate, et dont le développement physique sera en retard pourra être également peu avancé sous le rapport de l'intelligence, ou bien les instruments au service des facultés intellectuelles seront encore inhabiles ou insuffisants, la conséquence naturelle sera un certain temps d'arrêt pour le développement du langage. Les rapports entre les forces physiques et la vivacité de l'intelligence ne sont à aucun âge plus évidents que pendant la première enfance. J'ai eu bien souvent l'occasion de le constater, et je pourrais en citer de nombreux exemples. Mes observations sont malheureusement presque toutes incomplètes, des changements heureux ayant le plus souvent dispensé les parents de me ramener leurs enfants.

Observation I. — Une petite fille, A..., rue de la Douane, 13, âgée de 4 ans et demi, me fut présentée dans le courant de 1867. Cette enfant, de chétive apparence, avait eu à plusieurs reprises des convulsions, elle avait été allaitée par une mauvaise nourrice, et lorsqu'elle fut sevrée, elle était très en retard pour son développement. Lorsque je la vis, elle ne commençait à marcher que depuis deux mois. Elle entendait et comprenait parfaitement ce qu'on lui disait, mais ne prononçait pas un seul mot. Elle fut soumise à un

traitement reconstituant (sirop d'iodure de fer, frictions avec de l'eau-de-vie camphrée, bains sulfureux). Le 24 octobre, après quatre ou cinq moins de traitement, il s'était produit un changement très-heureux dans l'état de cette enfant. Elle avait une certaine vivacité, et avait perdu l'apparence apathique d'autrefois. Elle commençait à parler et disait un assez grand nombre de mots. Le langage a suivi depuis la même progression que la santé et est devenu satisfaisant. Faut-il attribuer l'arrêt de développement chez cette petite fille aux convulsions dont elle a été atteinte ? L'appauvrissement général de sa santé a-t-il été la conséquence ou la cause de ces accidents ? Toutes les suppositions sont possibles. Quoi qu'il en soit, une médication réparatrice lui a fait rapidement regagner le terrain perdu, et nous avons vu la faculté du langage naître en même temps que les forces.

Le rachitisme n'est pas incompatible avec la vivacité de l'intelligence. D'après M. le Dr Beylard (1), l'intelligence des rachitiques serait même en général très-développée, ce qu'il faudrait attribuer au repos forcé qu'ils sont obligés de garder. Au contraire, le développement physique de l'enfant souffre de ce repos constant, et semble frappé d'inaction, les muscles restent grêles, les os ont une tendance à se déformer, le langage articulé, qui met en jeu un grand nombre d'organes, sera fatalement en retard ; l'observation suivante justifie cette appréciation.

Observation II. — Au mois d'octobre 1874, j'ai donné des soins au petit garçon W..., âgé de 23 mois, d'une santé débile, ayant le ventre type des enfants rachitiques, et une chute du rectum. Il entendait parfaitement, mais ne s'exprimait que par signes, désignant et faisant admirablement comprendre ce qu'il désirait. Il avait tout l'extérieur d'un enfant intelligent, mais ne disait encore rien ; les parents étaient préoccupés de la pensée qu'il pourrait rester muet.

J'ai été heureux de pouvoir les rassurer, et mes prévisions n'ont pas tardé à être justifiées.

(1) *Du rachitisme, de la fragilité des os et de l'ostéomalacie.* Paris, 1852, p. 36.

Le développement du langage articulé mettant en jeu un certain nombre de nerfs semble exiger un juste équilibre des forces. Nous venons de voir qu'un état d'affaiblissement pouvait le retarder. Je veux maintenant montrer qu'un état nerveux exagéré peut produire le même résultat. Dans le premier cas, les organes semblaient manquer d'énergie nécessaire ; dans le second, c'est sans doute la coordination qui fait défaut. Comme précédemment, le traitement a paru justifier cette manière de voir. Ce n'est pas seulement à une médication sédative que j'ai cru devoir recourir, j'ai cherché à régulariser ce que les mouvements pouvaient avoir d'incoordonné, la gymnastique, un exercice rhythmé, le chant lentement exécuté m'ont été d'un grand secours.

Observation III. — Alice L..., Grande-Rue, à Issy, est une petite fille de 5 ans et demi qui ne prononce encore que les mots *papa* et *maman*. Elle a une bonne attitude, une physionomie ouverte, et ses parents assurent qu'elle est intelligente. Depuis longtemps déjà elle a des habitudes de propreté. Elle est d'un tempérament très-nerveux et d'un caractère assez violent. Les parents attribuent ces dispositions aux convulsions dont elle aurait été atteinte à l'âge de 2 ans, au moment de l'apparition des grosses dents.

Après trois mois de traitement il s'était produit une amélioration notable, l'enfant prononçait un certain nombre de mots. Ce mieux n'a fait que progresser.

Observation IV. — L'enfant Eugène Ch..., de Boulogne-sur-Seine, qui fait l'objet de la note suivante, nous donne encore l'exemple d'un développement très-retardé du langage, qu'on ne pouvait attribuer qu'à des troubles du système nerveux. C'est au mois de novembre 1875 que j'ai eu occasion de le voir. Il avait vingt mois, d'apparence chétive, il semblait peu développé ; la physionomie ouverte dénotait qu'il était intelligent. Il avait déjà des habitudes de propreté. Il entendait parfaitement bien, mais ne prononçait pas un seul mot. Son père me dit qu'il était violent, et que tous ses enfants avaient une excitabilité nerveuse déplorable. Il s'était marié deux fois, sa première femme était morte de

la poitrine. Sur ses huit enfants du premier lit, cinq étaient morts fort jeunes de convulsions, et les trois autres étaient délicats. Sur les quatre enfants du second lit, deux étaient morts de diarrhée et de convulsions. Cette continuité de troubles nerveux mortels chez des enfants de deux lits ne semble-t-elle pas indiquer une disposition héréditaire bien capable de troubler profondément le développement de l'enfant?

M. Jaccoud accorde une importance assez grande aux troubles de l'innervation dans la production du mutisme. Une contracture spasmodique intermittente des muscles animés par l'hypoglosse peut avoir pour résultat un mutisme absolu (1). Une observation type de cette forme a été rapportée par Panthel (2). A la suite d'une impression morale vive, un garçon de 12 ans perd subitement la parole et la voix. Les mouvements de la langue et des lèvres étaient cependant tout à fait réguliers, la respiration et la déglutition étaient complétement normales; mais, chaque fois que le garçon s'apprêtait à parler, tous les muscles innervés par l'hypoglosse étaient pris de contracture et le mutisme était absolu. D'un autre côté, et c'est la démonstration parfaite de ce mécanisme pathogénique, lorsqu'on exerçait une pression un peu forte sur la région sus-laryngienne, c'est-à-dire sur les muscles contracturés, la crampe cessait, et le malade pouvait parler.

A côté de ces faits, dans lesquels l'absence momentanée d'une faculté doit être attribuée à l'ensemble de la constitution, à l'état général du sujet, il en est d'autres pour lesquels une lésion ou un vice de conformation dans les organes proprement dits de la parole sera véritablement la cause de l'absence, ou au moins de l'arrêt du langage.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la gêne occasionnée par un filet trop court. L'importance du filet a été fort exagérée, et les croyances populaires lui attribuent toujours le retard du langage, il n'est pas de mère qui ne vienne en réclamer l'excision. Il y a lieu le plus souvent de s'y refuser,

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 565.

(2) *Panthel Deutsche Klinik*, 1855; *Gaz. hebdomadaire, loc. cit.*

parce que ce serait une opération inutile. Il n'y aura pas à hésiter, au contraire, à faire la section lorsque les mouvements de projection de la langue hors la bouche paraîtront gênés.

Observation V. Un petit enfant de 4 ans, nommé P....., rue Pérignon, fut conduit à ma consultation en 1869; il paraissait d'une santé chétive, mais il n'avait jamais été malade. On attribuait son état de débilité à ce que sa nourrice était devenue enceinte et avait continué à servir à l'enfant un lait détestable. Sa physionomie était intelligente, il entendait bien, et s'exprimait seulement par gestes. En procédant à un examen minutieux, je crus m'apercevoir que les mouvements de la langue d'arrière en avant étaient un peu arrêtés par le filet. J'en pratiquai l'excision; quinze jours après l'enfant disait déjà papa et maman, et son langage devint assez rapidement celui de tous les enfants.

D'autres affections de la bouche ou de la gorge peuvent empêcher le développement du langage chez l'enfant. J'ai pu constater une fois que l'hypertrophie des amygdales avait produit ce fâcheux résultat.

Observation VI. — Au mois d'octobre 1868, le nommé Boudet, homme de peine, vint me consulter pour son petit garçon âgé de 4 ans. A l'âge de 2 ans, cet enfant avait eu une pneumonie, puis une tumeur blanche du poignet dont on avait obtenu la guérison en quelques mois. Il entendait et comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait, et exécutait aussitôt les ordres verbalement donnés. Son intelligence, sans être très-vive, était parfaitement suffisante et égale à celle de beaucoup d'autres enfants. Son langage était tout à fait inintelligible par la précipitation avec laquelle les mots étaient prononcés. Je constatai que les amygdales étaient très-grosses, obstruaient l'isthme du gosier, et empêchaient en partie la déglutition de la salive qui s'échappait de la bouche. Je pense que c'est cette émission involontaire de la salive qui rendait l'articulation des mots très-précipitées. Un traitement tonique et reconstituant, et des applications résolutives sur les amygdales amenèrent très-rapidement une amélioration très-sensible de la parole.

J'ai eu l'occasion d'observer également une difformité congénitale du voile du palais qui mettait obstacle au développement du langage.

Observation VII. — J'eus l'occasion de voir en 1868 un petit garçon, nommé Boulu, qui habitait boulevard de Port-Royal, 39. Cet enfant avait alors 3 ans $^1/_2$, il paraissait très-intelligent, comprenait et exécutait les ordres verbaux, il entendait d'une manière normale, mais ne prononçait que le mot *maman*. Je constatai qu'il avait une division congénitale du voile du palais située exactement sur la ligne médiane, de telle façon que l'enfant avait deux demi-luettes. Cette difformité rendait l'articulation des sons très-difficile et je demeurai convaincu que l'absence du langage tenait à l'état de la bouche. Je dois ajouter cependant que le père de l'enfant avait une mère qui entendait, mais ne parlait pas, je n'ai pas eu l'occasion de la voir et ne sais pas si elle était intelligente, l'enfant Boulu était d'une petite taille, mais il était suffisamment fort et ne paraissait pas en retard pour son développement. J'engageai la famille à attendre que la staphylorapbie fûtpossible, plein d'espérance dans les bons résultats de cette opération, je n'ai plus revu l'enfant et je ne sais pas ce qu'il est devenu.

En dehors de toute espèce de difformité locale ou de troubles généraux de la santé on voit quelquefois le langage ne se manifester chez les enfants d'une même famille qu'à des époques très-tardives et sans qu'on puisse invoquer une autre cause que l'hérédité pour expliquer cette fâcheuse disposition.

Observation VIII.—En 1869, je fus consulté pour un enfant de Villejuif, nommé Ruel, âgé de 4 ans $^1/_2$, qui entendait parfaitement bien, et était doué d'une intelligence assez bonne, qu'on pouvait apprécier par l'expression du visage et la vivacité du regard. Il paraissait d'une bonne santé, mais d'un tempérament très-nerveux. Les parents me dirent que la dentition s'était faite dans les conditions ordinaires, mais que quoiqu'il n'eut jamais été malade, il n'avait commencé à marcher qu'à 2 ans et $^1/_2$.

Le retard de la parole semblait, dans cette famille, héré-

ditaire ; la mère de l'enfant n'avait parlé elle-même que fort tard, et à l'âge de 7 ans elle se faisait fort mal comprendre. Elle ne savait pas si ses parents avaient été dans de semblables conditions. Lorsque je la vis, elle n'avait aucun défaut de prononciation. Je n'ai pas eu l'occasion de revoir son enfant.

J'ai eu l'occasion de donner mon avis, il y a quelques années, sur une famille de Lagny dans laquelle tous les enfants ne commençaient à parler qu'à l'âge de 4 ans. On venait me consulter pour le plus jeune des enfants, qui arrivé à cet âge, ne disait encore rien, la mère m'assura que le retard du langage était dans la famille de son mari une tradition héréditaire. Elle avait quatre enfants, et les trois aînés, chez qui le langage articulé s'était développé à quatre ans, parlaient à cette époque comme tous les enfants de leur âge. La note que je retrouve sur un autre cas analogue, que j'ai observé en 1872, mérite également d'être mentionnée.

Observation IX. — La petite Lerut, qui habitait rue de Charenton, 281, était un enfant de 3 ans et $^1/_2$, bien portante, intelligente, entendant bien, comprenant parfaitement ce qu'on disait, mais qui ne disait absolument que les deux mots *papa* et *maman*. Si elle ne réussissait à prononcer que ces deux mots on voyait du moins qu'elle s'efforçait sans cesse de parler dans un langage inintelligible. La mère m'apprit qu'elle avait eu quatre enfants, que l'aîné n'avait parlé qu'à 3 ans et que les deux autres étaient dans les conditions ordinaires. Ces cas de mutisme momentané, qui semblent ne pouvoir être atribués qu'à une disposition héréditaire, offrent une transition naturelle pour aborder l'étude du mutisme persistant de cause cérébrale. Nous ne voulons pas alléguer, bien entendu, que parmi les cas de mutisme que nous venons de mentionner, un certain nombre ne sont pas sous la dépendance du système nerveux cérébral, mais ne pouvant montrer des lésions organiques, nous n'avons pu classer nos jeunes sujets que par cette distinction du mutisme temporaire et du mutisme persistant.

L'enfant qui est privé d'intelligence, l'idiot, reste également muet, parce qu'il ne pourra ni saisir la signification

d'un mot ni même en conserver la mémoire. Chez cet être dégradé, qui est si voisin de l'espèce animale, M. Vogt (1), de Genève, qui s'est occupé des microcéphales, a constaté que le cerveau, comme celui des singes, était privé à droite et à gauche de la troisième circonvolution frontale. Il ne faudrait pas se hâter de placer dans la catégorie des idiots les enfants qui entendent et qui présentent un mutisme persistant. S'ils ont pu être exclus autrefois des institutions de sourds-muets parce qu'on rapportait d'une manière uniforme leur infirmité à l'idiotie, une étude plus attentive de leurs facultés a fait revenir sur une appréciation aussi sévère, et nous avons presque constamment aujourd'hui, à l'institution nationale, quelques enfants qui se trouvent dans ces conditions. Je dois consigner ici l'opinion de M. Léon Vaisse (2), directeur honoraire de l'institution nationale, et qui est très-compétent dans les questions d'éducation de sourds-muets : « Si ces enfants n'emploient pas la parole d'une manière spontanée, ils se servent du moins avec intelligence du langage mimique. Il y a évidemment chez eux une lésion cérébrale, mais évidemment aussi cette lésion est d'un caractère spécial, local. Toutes les fonctions intellectuelles, autres que celles qui se lient à la parole, s'accomplissent ici : il n'y a donc pas idiotie. »

Dans l'état actuel de la science, il n'est pas encore démontré que la faculté du langage ait une localisation cérébrale qui lui soit absolument propre, et que les éléments anatomiques qui forment la troisième circonvolution ne puissent pas présider aussi à d'autres facultés, mais si, comme cela est probable, des fibres et des cellules nerveuses lui sont spécialement dévolues, il est difficile d'admettre qu'une lésion cérébrale ou qu'un arrêt de développement du cerveau puisse les atteindre à l'exclusion des parties voisines et des autres facultés. Le malade qui fait l'objet de l'observation n° 1 du mémoire de M. Jaccoud (3) était un Anglais de 26 ans

(1) *Gazette Hebdomadaire*, 1864, p. 335.

(2) *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1864, p. 184.

(3) *Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1864, p. 381.

qui fut frappé en déjeunant d'une attaque d'apoplexie. Il guérit, mais il avait perdu la parole. Son langage était tout à fait inintelligible. La lecture mentale était conservée, il pouvait écrire, travailler, calculer, et la mémoire ainsi que les autres facultés intellectuelles étaient intactes. Nous voyons au contraire que dans presque toutes les observations d'aphonie la mémoire et la faculté de coordination des idées semblent également frappées. Chez l'aphasique de naissance, chez lequel, j'en suis convaincu, il y a un arrêt de développement, bien que je n'aie pas encore pu le constater, la mémoire le plus souvent fait défaut. L'enfant est susceptible d'apprécier les idées morales. Il sait ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, il sait exactement la tâche manuelle qui lui a été confiée. Il doit jouir de ses droits civils parce qu'il a la volonté, le discernement, l'appréciation de ses actes et des faits, mais il ne pourra jamais acquérir l'instruction, parce que la mémoire lui fait défaut. Après quelques instants, quelques heures peut-être il a oublié les explications qui lui auront été données sur les différentes significations d'un mot, sur son orthographe, etc., etc.

Nous avons en ce moment à l'institution nationale deux enfants qui se trouvent dans ces conditions, et je vais en quelques lignes analyser leur état.

Observation X. — Le jeune L.... est entré à l'institution nationale en 1869 à l'âge de 10 ans. Cet enfant, né dans les colonies, a été élevé dans les Antilles jusqu'au moment de son entrée à l'institution des sourds-muets. On avait commencé chez lui son instruction, mais elle était fort rudimentaire puisqu'il ne savait écrire que son nom, et ne savait pas écrire celui de son pays. On avait cherché également à développer la parole, et on n'était parvenu qu'à lui faire prononcer les deux mots papa et maman, mais la voix était aussi mauvaise et aussi défectueuse que celle des sourds-muets de naissance les plus rebelles au langage articulé.

Aujourd'hui L.... est à l'âge ingrat de l'adolescence, mais quand il est arrivé à Paris c'était véritablement un joli enfant. Sa tête était petite, son front légèrement fuyant, mais les

grands yeux noirs étaient clairs et intelligents, les traits étaient réguliers, son teint légèrement olivâtre rappelait un peu le type indien. L'aspect de sa personne était un peu triste, il n'était pas remuant comme on l'est à cet âge. Il était doux, obéissant, facile, propre sur lui et dans ses habitudes. Il a suivi le cours des études, mais il est resté toujours un des derniers de la classe et constamment en retard sur les enfants de son âge. Il sait lire et pourrait comprendre un écrit facile, il sait écrire, mais il ne saurait faire une narration écrite et faire le récit d'une action de quelque durée. Quand le moment a été venu de lui donner une profession, on a dû le placer à l'atelier du jardinage. Il y remplit bien sa tâche, mais il manque absolument d'initiative. La faculté qui semble lui faire le plus défaut est la mémoire. Cette faculté semble réduite chez lui à une sorte de nomenclature, mais une explication d'un fait, une théorie si simple quelle soit ne saurait y trouver une place durable. Cet enfant est moins intelligent qu'on pourrait le croire tout d'abord, mais il ne ressemble en rien à un idiot. Le langage articulé ne s'est pas développé depuis qu'il est à l'institution, il répond par signes très-judicieusement et à propos, la parole n'a aucun attrait pour lui, et il n'a fait aucun effort pour la conquérir. Le langage des signes est au contraire celui qui lui plaît et dont il se sert constamment. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il entend parfaitement bien et qu'il exécute aussitôt tous les ordres verbaux. On n'emploie avec lui que ce langage articulé, tandis que lui ne répond que par signes.

Observation XI. — L'enfant M..., âgé de 10 ans, est entré à l'institution au mois d'octobre dernier. Il est originaire de Paris, sa tête est très-petite, il a une grande mobilité dans la physionomie, et tout d'abord paraît très-peu intelligent. Il entend parfaitement bien, mais ne prononce pas un seul mot. On aurait pu croire que cet enfant était d'une intelligence trop bornée pour être accessible à l'éducation. L'observation nous a montré qu'il n'en est rien. Il suit sa classe et n'est pas en retard sur ses camarades. Il a appris à écrire les noms de tous ses condisciples, quand on lui donne un ordre simple

il l'exécute et écrit sur la table le verbe qui désigne son action. Son intelligence semble se développer aussi rapidement que celle de nos jeunes sourds-muets très-intelligents, mais l'application, une attention quelque peu soutenue semblent lui faire défaut, et son professeur assure que la mémoire est très-infidèle.

Les deux muets dont je viens d'indiquer l'état deviendront des hommes capables de remplir tous les devoirs d'une vie modeste. Ils auront le discernement de toute chose, l'appréciation du bien, du mal, de leurs devoirs et de leurs droits. La privation du langage articulé ne doit donc entraîner pour eux aucune incapacité civile.

En terminant cette étude, je veux rappeler en quelques mots ce que j'ai voulu démontrer :

Le développement du langage peut être retardé chez l'enfant qui entend : 1° par la faiblesse de sa constitution ; 2° par des troubles nerveux, passagers ou durables ; 3° par une tradition héréditaire ; 4° par des déformations locales ou des maladies des organes de la parole.

L'enfant qui reste muet, quoiqu'il entende parfaitement, présente un développement incomplet de certaines facultés intellectuelles, mais cet état n'est point nécessairement de ceux qui peuvent entraîner une incapacité civile.

NÉCROSE DU CRICOIDE.

Spasme de la glotte. — Trachéotomie. — Mort par infection putride. — Autopsie.

Par MM. les docteurs **Krishaber** et **Lépine**, médecins des hôpitaux.

J....., âgé de 30 ans, tonnelier, entré le 7 décembre 1875 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Matice, suppléé par le Dr Lépine.

Cet homme, qui est d'une très-forte constitution, et d'une stature herculéenne, prétend n'avoir jamais eu aucune mala-

die. Il porte au côté droit du front, à demi cachée par les cheveux, une tumeur molle, du volume d'un marron, dont il ne sait préciser l'origine ; — pas d'autres lésions visibles ailleurs ; pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de cicatrices à la verge. Il nie avoir eu la syphilis. D'après son récit, sa maladie actuelle remonte à quatre mois seulement. Il aurait eu au début, de la toux et une douleur à la partie antérieure de la poitrine. Il y a un mois et demi, la voix a commencé à être enrouée ; puis, progressivement elle s'est éteinte. Il y a quinze jours seulement, a débuté de l'oppression qui a été en augmentant de jour en jour et pour laquelle il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Pendant les premiers jours, on note une légère dysphonie et une dyspnée constante, sans intermittences, avec un peu de cornage. Les jours suivants, le cornage a augmenté au point qu'on l'entendait d'une extrémité de la salle à l'autre ; la dyspnée était plus accusée pendant la nuit. Apyrexie complète. Face un peu pâle, non cyanosée ; pas d'injection des yeux. Au lit, le malade était dans le decubitus horizontal ; il n'a jamais présenté d'orthopnée véritable ; cependant dans la nuit du 16 au 17, l'oppression est devenue tellement inquiétante, qu'on a failli lui pratiquer la trachéotomie. Le 17 au soir, celle-ci a été jugée indispensable, vu les progrès de la dyspnée.

A ce moment, les mouvements respiratoires dépassent quarante par minute ; l'inspiration est brusque, l'expiration facile. On ne constate absolument rien d'anormal au pharynx. A l'examen laryngoscopique, pratiqué le 17 par le Dr Krishaber, on trouve une légère hyperémie de la portion sus-glottique du larynx, notamment des cordes vocales supérieures. Les cordes vocales inférieures, de couleur blanche, s'écartent extrêmement peu à chaque inspiration, mais autant d'un côté que de l'autre ; on ne peut voir, vu le défaut d'écartement des cordes vocales, la portion sous-glottique du larynx. Il s'agit donc ici essentiellement d'un *spasme continu* de la glotte.

La palpation du cou ne révèle rien de particulier et ne provoque aucune douleur.

La trachéotomie, faite aussitôt, n'a rien présenté de spécial (1). Pas d'hémorrhagie.

Le lendemain 18, l'état général était bon; le surlendemain 19, le malade a commencé à avoir le teint plombé; la plaie exhale une odeur *infecte;* la canule d'argent noircit dans toute son étendue et a une tendance à se boucher par du mucus concret.

Le 20, il s'est développé à la commissure labiale droite deux petits groupes de vésicules d'herpès; l'état général devient de plus en plus mauvais; l'odeur qui s'exhale de la plaie est infecte. Pas d'oppression; le malade respire bien par la canule. Pouls à 112 (pansement à l'acide phénique).

21 et 22. Même état.

23. On retire la canule pour la première fois. Le malade respire bien par la plaie. Celle-ci donne issue à des mucosités un peu sanguinolentes et d'une odeur fétide. Pendant le lavage de la plaie, le malade a un accès d'oppression. État général plus mauvais.

Mort dans la nuit à la suite d'un accès de dyspnée.

Autopsie. — La dissection de la partie antérieure du cou ne montre aucune trace de phlegmon. Le pharynx ne présente rien d'anormal.

Le larynx et la trachée retirés du cadavre et fendus par la partie postérieure, on constate à la partie postérieure du larynx, au niveau des cartilages aryténoïdes, un certain degré d'œdème de la muqueuse. Les cordes vocales supé-

(1) On se sert presque toujours de canule, trop courte dans la trachéotomie sur l'adulte, et les dilatateurs des trousses sont à leur tour trop petits. Dans le cas présent, ce sont les instruments de l'hôpital qui furent employés, et nous avions prévu les inconvénients qui résulteraient de cette circonstance. On oublie trop combien chez certains individus qui ont le cou gros, la trachée se trouve située profondément; ajoutez que les tissus du cou gonflent rapidement après la trachéotomie et tendent à faire sortir la canule de la plaie. Les dilatateurs dont les trousses sont ordinairement munies ne dépassent souvent pas l'ouverture pratiquée sur la trachée, et ses services sont à peu près illusoires. Dans le cas dont il s'agit ici, la canule a dû être introduite sans le secours du dilatateur construit cependant pour l'adulte, et la canule est sortie plusieurs fois dans la nuit qui a suivi l'opération. (*Note de M. Krishaber.*)

rieure et inférieure sont à l'état normal à gauche; à droite, la corde vocale supérieure, étant tuméfiée, l'entrée du ventricule est quelque peu masquée.

Au-dessous des cordes vocales inférieures, la muqueuse est rouge ; en arrière, à environ un centimètre, se trouve la limite supérieure d'une excavation profonde, grisâtre, occupant les deux tiers d'un cercle correspondant à l'anneau du cricoïde, remplie par un gros séquestre ossifié en partie. Cette cavité, anfractueuse, est en partie recouverte par un lambeau de muqueuse en voie de mortification; ses dimensions précises sont de deux centimètres de hauteur, et de un centimètre et demi de profondeur maxima. C'est à droite qu'elle est le plus profonde. Cette excavation est limitée en dehors par une lame non ossifiée du cartilage cricoïde d'environ trois millimètres d'épaisseur; dans le reste de son étendue, elle est entourée par les tissus sous-jacents à la muqueuse sous-glottique.

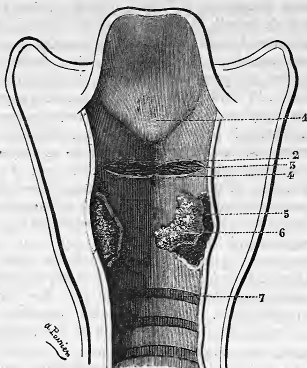
Le séquestre a été divisé sur la ligne médiane par la section du larynx en arrière. La moitié droite, qui est la plus considérable et de forme irrégulière, s'enlève facilement; son plus grand diamètre est de deux centimètres; son plus petit, de un centimètre. A gauche, le séquestre ne peut être enlevé.

La plaie de la trachéotomie remonte presque au niveau de l'extrémité inférieure de la lésion; elle occupe exactement la ligne médiane; au-dessous, on remarque une ulcération de la muqueuse produite par l'extrémité inférieure de la canule.

A la partie postéro-latérale de l'origine de la bronche droite, se voit une dépression cicatricielle, à direction à peu près transversale et d'un centimètre d'étendue. A la coupe, on remarque qu'un anneau a été détruit, et que les trois anneaux sous-jacents sont refoulés; ils chevauchent et forment une sorte de faisceau. Les poumons sont congestionnés, mais ils crépitent partout. Le cœur, de volume ordinaire, renferme dans ses cavités droites quelques petits caillots fibrino-globulaires; le ventricule gauche ne renferme pas de caillot; les parois ont leur épaisseur ordinaire.

Rien d'anormal dans les autres organes; rien aux tibias.

ganglions non augmentés de volume. Incisée, la tumeur du front présente tous les caractères d'une gomme ; elle n'intéresse pas le frontal; la voûte du crâne est d'épaisseur normale.



EXPLICATION DE LA FIGURE.

Face postérieure de la paroi antérieure du larynx et d'une portion de la trachée (d'après nature).

1. Bourrelet de l'épiglotte.
2. Corde vocale supérieure.
3. Entrée du ventricule de Morgagni.

(L'enflure du côté gauche, constatée à l'autopsie, avait disparu après quelques jours de macération, lorsque la pièce fut dessinée, et ne se trouve pas représentée par conséquent.)

4. Corde vocale inférieure.
5. Cavité nécrosique du côté droit, plus profonde et plus étendue que celle de gauche.
6. Portion ossifiée et nécrosée du cartilage cricoïde (soulevée).

CONSIDÉRATIONS.

La nécrose du cricoïde que nous venons de décrire est évidemment de nature syphilitique, quelles qu'aient été les dénégations du malade, et malgré l'absence de traces sur les parties génitales. La gomme au front, la cicatrice provenant d'une lésion semblable, dont l'autopsie nous a révélé l'existence dans une des grosses bronches, sont des indices plus que suffisants. Et d'ailleurs, voulût-on se borner à apprécier la lésion laryngée exclusivement, on trouverait encore matière pour affirmer la provenance syphilitique de la lésion.

La laryngite nécrosique non spécifique ne se localise pas exactement comme cela a eu lieu dans notre cas, et il faut ajouter que, dans la laryngopathie syphilitique elle-même, il est fort rare qu'une aussi vaste destruction se produise sans envahissement des parties les plus rapprochées de la lésion. On se rappelle qu'à l'examen laryngoscopique nous avons constaté le spasme continu avec l'intégrité des cordes vocales qui furent trouvées saines aussi à l'autopsie, sauf un peu de tuméfaction d'un seul côté qui a dû être survenu après la trachéotomie. Cette tuméfaction constatée *post mortem* s'étendait aussi au pourtour d'un des ventricules de Morgagni; mais, avant la trachéotomie, il n'existait pas trace de ces lésions. L'examen laryngoscopique avait été particulièrement facile sur ce malade, et l'absence de toute lésion sus-glottique avait été de la dernière évidence.

Ce fait prouve, une fois de plus, et d'une manière péremptoire, qu'une lésion rapprochée des cordes vocales peut provoquer une contraction spasmodique et continue des muscles du larynx. C'est cette continuité du spasme qui nous avait conduit à admettre, lors de notre premier examen laryngoscopique, l'existence d'une lésion matérielle sous-glottique, point de départ de l'irritation persistante; le spasme essentiel étant dans la règle intermittent. Déjà plusieurs semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, était survenue une difficulté respiratoire qui n'avait jamais cessé un seul instant. On ne saurait assez insister sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de la continuité des accidents;

elle est, en vérité, l'indice le moins incertain d'une lésion matérielle que l'on ne peut pas constater, comme dans notre cas, où le spasme de la glotte, empêchait le regard de plonger dans la portion sous-glottique du larynx. Il ne faudrait cependant pas inférer de ce que nous venons de dire que le spasme de la glotte, sollicité par une lésion matérielle du voisinage, est toujours continu; mais il nous paraît hors de toute contestation que, lorsque cette continuïté existe, elle se rattache à une lésion matérielle.

Nous avons vu que le malade, même au moment de la plus grande oppression, n'était point cyanosé, mais plutôt pâle et livide. Sans vouloir établir par cette distinction un signe de diagnostic différentiel constant, on peut dire cependant que la cyanose est plutôt liée à une hématose insuffisante provenant de quelque altération pulmonaire, tandis que les rétrécissements du larynx provoquent plutôt la lividité du teint.

La voix de notre malade était peu altérée avant la trachéotomie; ce fait n'a rien que de très-naturel dans le spasme de la glotte sans altération des cordes vocales inférieures.

Dans notre observation, comme dans presque toutes celles de la laryngosténose, on a remarqué que la difficulté respiratoire est plus accusée pendant le sommeil qu'à l'état de veille. Ce fait est pour ainsi dire constant. Le cornage laryngé est toujours exagéré pendant le sommeil. Cette recrudescence nous paraît facile à expliquer par ce fait que le malade éveillé fait des efforts inspiratoires en mettant en jeu les muscles dilatateurs de la glotte, qui se trouvent être soustraits à l'action de sa volonté pendant le sommeil.

Nous ne sommes pas embarrassés pour expliquer la mort de notre malade. La respiration se faisait largement par la canule; rien ne pouvait, du côté de l'hématose, motiver l'issue fatale. Mais nous avons vu que la plaie, le lendemain de l'opération, exhalait une odeur fétide, malgré les soins apportés au pansement. Le pouls s'est accéléré, la face s'est gripée, et la mort est survenue par infection putride. A l'autopsie, nous n'avons d'ailleurs rien trouvé qui pût justifier l'admission d'une infection purulente.

ESSAI DE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Par le Dr **Pierreson**, ancien interne des hôpitaux.

Lorsque l'instrument imaginé par de Fanhestock eut rendu l'excision des amygdales plus facile, cette opération, dont M. le Dr de Saint-Germain a exposé ici même le manuel opératoire dans un excellent travail, ne tarda pas à se répandre et à entrer dans le domaine public. Il sembla que dès lors rien ne pourrait s'opposer à sa vulgarisation, et les heureux résultats obtenus de tous côtés paraissaient la mettre hors de toute contestation.

Cependant, au milieu de ce concert d'éloges, quelques voix s'élevèrent, non pas pour nier son utilité, qui est incontestable, mais pour réagir dans une certaine mesure contre l'abus qu'on tendait à en faire.

Parmi les plus absolus détracteurs de l'amygdalotomie, nous devons d'abord citer Harvey (1) et Headland (2) qui la blâmèrent, en se fondant sur ce qu'à la puberté les amygdales hypertrophiées reprennent souvent leur volume normal, ce qui semble marquer une sympathie réelle avec les organes sexuels, et s'opposèrent au traitement chirurgical qui pourrait, selon eux, être suivi des plus fâcheux accidents.

Lorsque des recherches nouvelles, et en particulier le travail de Schmidt (3), eurent démontré que l'amygdale était une agglomération de glandes lymphatiques, et qu'ainsi, elle devait être considérée comme un des corps adénoïdes qui contribuent à l'élaboration de la lymphe, principal liquide formateur et régénérateur du sang, on fut disposé à admettre que l'absence des tonsilles pouvait entraîner de graves inconvénients sous le rapport de l'hématose, et amener une émaciation plus ou moins prononcée.

Dans un rapport sur un travail présenté par M. Lambron à l'Académie de médecine, Blache (4), traitant cette question

(1) *Méd. Gaz.*, 1849.
(2) *Dublin Méd. Press.*, 1849, t. XX, p. 229.
(3) *Zeitsch. f. Wissensch-Zoologie*, 1863.
(4) *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1861, t. XXIV.

avec toute l'autorité que lui donnait sa vaste expérience, fait remarquer qu'il est d'une saine pratique d'éviter les opérations chirurgicales, et indique toutes les ressources que la thérapeutique met à la disposition du médecin, avant d'en arriver à l'excision, qu'il ne considère que comme un moyen extrême.

Au chapitre du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* consacré à l'étude de l'hypertrophie des amygdales, M. Desnos (1) fait très-justement ressortir que certains accidents attribués à cette lésion peuvent aussi bien être dus aux états généraux de l'organisme, qui la tiennent sous leur dépendance, et, sans faire le procès de l'amygdalotomie, il fait valoir les heureux résultats qu'on peut espérer des médications capables de combattre ces diathèses.

Dans son *Traité des angines* (2), M. Lasègue se montre plein de confiance dans les effets du traitement local, employé de bonne heure, et continué avec persévérance, et il réserve la tonsillotomie pour les cas où les topiques n'ont pas d'action, et alors qu'il ne s'agit plus d'une hypertrophie par fluxion catarrhale, mais d'une transformation de tissu qu'on n'arrive pas à réduire.

Sans reproduire ici toutes les objections que l'on a faites à l'amygdalotomie, nous venons appeler de nouveau l'attention sur ce sujet, en relatant quelques faits qui démontrent que cette opération n'est pas toujours d'une efficacité certaine, et en indiquant les moyens à l'aide desquels elle peut être évitée.

Ne doit-on pas d'abord examiner si tous les accidents observés chez les individus porteurs d'amygdales très-développées, et pour lesquels l'opération est souvent pratiquée, dépendent exclusivement de l'augmentation de volume de ces organes?

Ainsi personne assurément ne songera à nier que les enfants qui ont des amygdales volumineuses sont quelquefois atteints de surdité, et on ne peut se refuser à recon-

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, 1865.
(2) *Traité des angines*, 1868.

naître que leur état est quelquefois avantageusement modifié sinon guéri par l'amygdalotomie. — Dans une note du traité de Kramer, P. Ménière déclare posséder plus de cent observations de surdité chez des jeunes sujets, dont la guérison complète a été le résultat de l'ablation des amygdales, et tous les médecins auristes ont eu l'occasion d'obtenir des résultats aussi favorables. Mais il s'agit de connaître le véritable mécanisme des altérations de l'ouïe dans ces circonstances, et il faut rechercher s'il y a compression et oblitération de la trompe d'Eustache, comme on l'a cru longtemps.

Or, selon Toynbee, la tonsille se trouve à $0^m,032$ ou à $0^m,038$ au-dessous de l'orifice guttural de ce conduit; et, d'après cette disposition anatomique, elle ne peut jamais l'atteindre même avec un développement considérable, car alors le muscle pharyngo-staphylin qui sépare les deux organes s'épaissit en même temps.

Harvey (1) avait déjà constaté que dans 100 cas observés par lui, la glande hypertrophiée se portait constamment en dehors et en avant, et que l'effet produit sur la trompe devait être plutôt une dilatation qu'une obstruction.

Crisp, Harvey et tous les otologistes modernes expliquent la surdité dans ces cas, par le gonflement de la muqueuse qui tapisse le conduit, et par la phlegmasie chronique qni s'étend du pharynx à l'oreille moyenne. Dès lors, on comprend que tout moyen local ou général, qui aura pour effet de résoudre l'inflammation de ces parties, l'emportera sur l'amygdalotomie pour modifier heureusement les troubles de l'ouïe.

Il y a cependant un certain nombre d'accidents qui sont dus exclusivement à l'augmentation de volume des tonsilles. C'est par suite de la gêne apportée à la libre circulation de l'air par les fosses nasales, que les enfants ont presque constamment la bouche béante, et qu'ils ont la parole embarrassée et nasillarde. Quelques-uns éprouvent de la gêne à avaler, et ils peuvent avoir une certaine difficulté à percevoir les odeurs. Tous ces troubles donnent à leur physionomie quelque chose d'étrange et d'hébété. La respiration est bruyante

(1) *Méd. Gaz.*, 1849, p. 606.

pendant le sommeil, et même, si l'hypertrophie se complique d'une disposition vicieuse de la voûte palatine, qui se relève en ogive, au lieu de former une voûte régulière, à plein cintre, il peut y avoir des accès de suffocation, ainsi que M. Roger l'a observé chez un enfant de 10 ans.

Lorsque l'affection dure depuis longtemps, et surtout quand elle s'est montrée dès le premier âge, les narines, ne livrant plus passage à l'air, se retrécissent, et on peut observer une sorte d'arrêt de développement, caractérisé par l'étroitesse du palais et de l'arcade dentaire supérieure (Alph. Robert).

C'est dans ces conditions que l'on constate une déformation des parois de la poitrine, que Dupuytren avait déjà signalée, et qui a été ensuite étudiée par Coulson de Londres, Mason Waren (1), de Boston, Alphonse Robert (2) et M. Lambron (3). Les côtes qui forment la partie moyenne des parois thoraciques sont plus ou moins déprimées et enfoncées; il se manifeste une dépression transversale, portant au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du thorax, et paraissant avoir été produite comme par un anneau. M. Lambron a donné la meilleure explication de cette déformation, en admettant que la respiration s'effectue principalement dans ces cas par le diaphragme, et que les contractions énergiques de ce muscle doivent amener une dépression des points de la poitrine qui correspondent à ses insertions.

On ne peut se refuser à reconnaître que, dans ces circonstances, l'excision des amygdales, étant le moyen le plus sûr de faire cesser rapidement les divers accidents que nous venons de passer en revue, ne soit indiquée et ne soit très-utile. En enlevant les causes de la gêne respiratoire, on voit disparaître les fâcheuses conséquences qu'elle entraînait. Chez les enfants, la poitrine s'élargit et, si elle n'a subi qu'un commencement de déformation, elle reprend ses dimensions à peu près normales. On aurait encore l'avantage de guérir

(1) *The Dublin Journ. of Med.*, 141.
(2) *Bulletin de Thér.*, 1843.
(3) *Dict. de méd. et chir.*, pr , t. II.

de cette manière le coryza et la bronchite qui sont des complications fréquentes, si ces affections dépendaient exclusivement de la difficulté que l'air éprouve à traverser les voies aériennes, et si, comme M. Desnos (1) le fait judicieusement remarquer, les états généraux, qui tiennent sous leur dépendance l'hypertrophie elle-même, ne pouvaient pas jouer le même rôle par rapport à ces catarrhes.

Il en serait de même pour la cachexie et l'amaigrissement que l'on observe quelquefois, et qui peuvent être dus tout aussi bien aux troubles de la respiration et de l'hématose qu'à la diathèse scrofuleuse.

Cependant il faut savoir que dans un grand nombre de cas l'engorgement tonsillaire n'est pas grave, et qu'il est très-supportable même à un haut degré. D'un autre côté, abandonnées à elles-mêmes, ces hypertrophies vont assez souvent en diminuant, et chez quelques enfants, il suffit pour cela de combattre leur constitution lymphatique. On observe cette atrophie surtout quand arrive l'âge de la puberté, vers 12 ou 14 ans chez les jeunes filles, et vers 16 à 18 ans chez les garçons.

Aussi P. Guersant (2) dont l'expérience était grande en pareille matière, et qui admettait que l'ablation des amygdales est d'autant plus utile et d'autant moins dangereuse que les enfants sont plus jeunes, refusait souvent d'opérer à cette époque.

C'est pour les mêmes motifs, qu'ayant été dernièrement interrogé sur les avantages que pourrait retirer de l'opération, au point de vue de sa voix, une jeune personne de 16 ans, qui apprenait à chanter, mais qui présentait des amygdales volumineuses, nous avons conseillé d'attendre, non pas dans la crainte de voir la voix altérée par l'opération, quoique certains auteurs l'aient prétendu, mais parce qu'il est très-vraisemblable que les tonsilles auront plutôt de la tendance à s'atrophier.

Les faits qui démontrent qu'après l'âge de la puberté les amygdales hypertrophiées peuvent rester stationnaires, ou

(1) *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. II, p. 143.

(2) *Notice sur la chirurgie des enfants*, 2e fasc.

diminuer de volume, sont nombreux, et il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion d'en observer dans le cours de sa pratique, mais nous avons été à même d'en suivre un cas, qui nous a particulièrement frappé. Il s'agit d'une dame de 35 ans qui avait eu, pendant son enfance et son adolescence, des angines tonsillaires répétées. On avait dû plusieurs fois pratiquer l'excision, sans pouvoir y parvenir par suite de la pusillanimité de cette personne. Cependant elle a vu tous accidents qu'elle avait éprouvés diminuer peu à peu, et disparaître à mesure qu'on eût fortifié sa constitution délicate, de sorte qu'actuellement, non-seulement elle n'est pas sourde, comme on le lui avait annoncé, mais elle ne voit même plus se reproduire l'inflammation des amygdales, qui ne sont plus volumineuses.

L'hypertrophie tonsillaire se développe rarement à l'âge adulte, et si elle existe alors, on peut affirmer qu'elle date du jeune âge. Elle n'entraîne pas à cette époque de la vie des accidents du genre de ceux qu'on observe chez les enfants, mais elle peut s'accompagner d'une disposition aux abcès de la gorge que l'on espère guérir par l'excision, bien que le but ne soit pas toujours atteint, d'après le fait suivant :

M. X..., âgé maintenant de 43 ans, fait remonter à l'année 1854 le début des accidents qu'il a successivement éprouvés du côté de la gorge.

Il eut alors pour la première fois, à la suite d'un refroidissement, une esquinancie, qui se termina par l'ouverture spontanée d'un abcès, et pendant les deux années qui suivirent il fut atteint de la même affection à plusieurs reprises. Aussi, en 1856, comme on avait constaté une hypertrophie notable des amygdales, il n'hésita pas à subir l'excision de ces glandes dans l'espoir d'être débarrassé complétement de tous ces accidents.

A la suite de cette opération, une certaine amélioration se produisit dans l'état de sa santé, et, pendant quatre années, dont trois passées au Gabon, il n'eut aucun mal de gorge.

Cependant, étant revenu en France, il fut presque immédiatement repris de son indisposition habituelle, et, pendant les quelques années qu'il y passa, il eut plusieurs

angines, qui ne se terminèrent pas toutes par un abcès. Un voyage à Taïti et un séjour de trois ans dans ce pays vinrent interrompre la série de ces accidents, et, pendant cette période, le malade n'éprouva aucune atteinte du côté de la gorge.

De retour en France, il eut, en 1873, une première angine, qui avorta, sous l'influence d'une application de sangsues, mais il ne fut pas aussi heureux l'année suivante, car il eut, à cette époque, un abcès de la gorge du côté gauche.

Enfin nous avons appris qu'au mois de novembre dernier il avait eu encore un abcès du côté droit qui s'était ouvert très-rapidement.

En examinant la gorge de ce malade, nous avons bien constaté qu'il n'y avait pas eu une ablation complète des amygdales, et qu'il restait une excroissance charnue de chaque côté. On pourrait expliquer de cette manière le retour des accidents inflammatoires; mais il nous a paru difficile qu'il pût se faire une collection purulente dans le tronçon laissé, et comme on sait que tous les abcès qui se forment dans cette région n'ont pas la glande pour siége unique, nous pensons qu'il en était ainsi dans le fait précédent. En effet, l'amygdalite suppurée est peut-être la plus commune des angines phlegmoneuses, mais, indépendamment des cas où la suppuration a lieu dans le parenchyme tonsillaire, il y en a d'autres dans lesquels le foyer purulent se forme au dehors dans le tissu cellulaire qui tapisse le voile du palais.

Exceptionnels dans la première enfance, et rarement observés pendant l'adolescence, les abcès de la gorge se développent surtout après la puberté, ou plutôt de dix-huit à vingt ans, et souvent beaucoup plus tard. La maladie peut ne se montrer qu'une fois; mais plus fréquemment le phlegmon reparaît à plusieurs reprises, avec une sorte de périodicité, les rechutes ayant lieu à des intervalles plus ou moins longs. Cette aptitude aux phlegmons péri-amygdaliens se prolonge plus ou moins longtemps; d'ordinaire elle s'éteint au bout d'un petit nombre d'années et disparaît vers l'âge de quarante ans, mais on la voit cependant chez quelques sujets persister presque indéfiniment.

M. Lasègue (1), auquel nous avons emprunté cette description, établit, avec beaucoup de raison, un rapprochement entre cette affection et d'autres maladies, telles que l'érysipèle, la pneumonie, qui présentent quelquefois la même tendance aux récidives, la même périodicité.

On comprend dès lors que ces angines ne sauraient être considérées comme de simples accidents, qu'aucun lien ne rattache à la santé générale, et que l'excision des amygdales ne puisse faire disparaître la disposition organique, par suite de laquelle la fluxion sanguine s'est établie au niveau du pharynx.

Un autre fait qui nous a été communiqué par M. le Dr Lecorché, semble venir à l'appui de cette manière de voir. Il s'agissait d'une dame, d'une trentaine d'années, qui avait subi, au mois de novembre 1874, l'amygdalotomie, parce qu'elle était affectée depuis longtemps d'angines tonsillaires, se répétant plusieurs fois chaque année, et se terminant souvent par la formation d'abcès. Elle fut, il est vrai, exempte d'accidents pendant plusieurs mois, mais, en octobre 1875, elle eut encore une angine des plus intenses, qui cependant ne fut pas suivie de suppuration. Là encore on voit que la disposition organique, résultant de la répétition même des angines, et provoquant le retour des mêmes accidents dans une région spéciale, n'avait pas complétement disparu après l'opération.

On pourrait croire qu'il n'en est ainsi que chez l'adulte, lorsque, l'affection s'étant déjà manifestée un grand nombre de fois, l'organisme semble conserver plus longtemps l'aptitude, provenant de la répétition même de l'acte morbide. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et l'on peut voir chez de jeunes sujets, la fluxion sanguine se reproduire alors qu'on a fait disparaître l'organe qui en était le siége exclusif.

Nous n'en voulons pour preuve que l'exemple qui nous a été rapporté par M. le Dr J. Simon, et dans lequel nous voyons une jeune fille de 10 ans, qui, ayant subi l'excision

(1) *Traité des angines.*

d'une amygdale pour des angines fréquentes, eut encore, quelques mois après, un mal de gorge assez intense, pendant lequel le côté, où la glande avait été enlevée, ne fut pas épargné.

Parmi les causes de l'angine glanduleuse, il faudrait compter, suivant le Dr Green (1), l'engorgement des amygdales, qui serait une conséquence fréquente des fièvres éruptives, et précéderait celui des glandules pharyngiennes. M. le Dr N. Gueneau de Mussy (2) fait aussi remarquer que si, dans l'angine glanduleuse, les amygdales peuvent être comme atrophiées, elles sont d'autres fois augmentées de volume, et sont envahies par le travail d'épaississement dont tout l'isthme du gosier semble être le siége chez quelques sujets.

Quel que soit le rapport de causalité entre ces deux lésions, lorsqu'elles se montrent réunies sur le même sujet, on est disposé à attribuer à la présence des tonsilles engorgées, un certain nombre des accidents éprouvés par le malade, et à penser que leur ablation pourrait amener une amélioration sensible, sinon une guérison complète.

Cependant le fait suivant, que M. le Dr A. Siry nous a communiqué, semble démontrer que la disparition des tonsilles peut n'avoir que peu d'influence sur la marche de la pharyngite.

Un de ses amis, atteint d'une angine glanduleuse dès l'âge de 15 ans, eut les amygdales enlevées par Nélaton, à 21 ans. Malgré une légère amélioration survenue dans son état après cette opération, ce malade ne vit pas disparaître les granulations pharyngées, et maintenant encore, à 45 ans, il est forcé de suivre un traitement pour cette affection.

Le développement acquis par les tonsilles cancéreuses peut gêner la respiration au point d'amener la suffocation; et, soit pour soustraire le malade à ce danger, soit dans l'espoir d'obtenir une guérison complète par l'ablation des parties altérées, on peut être conduit à pratiquer l'amygdalotomie.

(1) *A Treatise on diseases of the air passages*, 1855.
(2) *Traité de l'angine glanduleuse*, 1857, p. 73.

Nous rappellerons seulement à ce sujet, que, si le diagnostic est facile dans certains cas, il est d'autres fois entouré d'une certaine obscurité, et que des altérations syphilitiques, qui, on le sait, guérissent sans opération, peuvent être confondues avec le cancer. Demarquay parle d'un malade opéré par Blandin pour un prétendu cancer de l'amygdale qui récidiva, et qui fut ensuite guéri par Maisonneuve, à l'aide de l'iodure de potassium.

Malgré les faits rapportés par MM. Symian et Liégard (*Gaz. Hôp.* 1860 1864), qui ont montré qu'il était utile de pratiquer l'ablation, ou au moins la resection des amygdales, dans l'angine tonsillaire aiguë avec tuméfaction considérable, et menace de suffocation, l'inflammation aiguë de ces glandes est considérée généralement comme une contre-indication à l'opération, qui pourrait faire courir aux malades des dangers assez grands pour qu'il soit prudent de différer, et d'avoir recours à d'autre moyens.

Nous rejetons aussi d'une manière absolue l'amputation des amygdales proposée par M. Bouchut pour les cas où l'angine couenneuse est accompagnée de leur hypertrophie.

Pour indiquer les moyens à l'aide desquels on pourra souvent éviter l'opération, en modifiant avantageusement l'engorgement tonsillaire, il faut d'abord tenir compte des causes de cette affection.

Chez les enfants on ne doit pas perdre de vue l'état général sous la dépendance duquel elle se trouve, et il faut combattre la disposition constitutionnelle scrofuleuse ou lymphatique par les amers, l'huile de foie de morue, les toniques à base de fer, et par les eaux minérales sulfureuses et chlorurées sodiques.

On sait que les amygdales ne s'hypertrophient qu'après avoir été le siége d'inflammations répétées, et en évitant les refroidissements, par une bonne hygiène, on peut préserver les enfants des accidents qu'entraîne leur engorgement.

En Amérique et en Angleterre, on considère comme un des moyens prophylactiques les plus efficaces l'usage des lotions froides, pratiquées chaque matin sur toute la surface du corps ; et en effet, en activant ainsi les fonctions de la peau,

on diminue les chances des congestions muqueuses localisées.

Le traitement topique est d'une importance extrême, mais il faut savoir qu'il ne réussit qu'à la condition d'être appliqué avec une grande persévérance, et que d'ailleurs, ainsi que M. Lasègue le déclare, l'indication n'est pas de faire dissoudre les glandes, mais de combattre l'affection catarrhale.

L'alun calciné suffit dans la plupart des cas, mais à la condition qu'on l'applique deux fois au moins chaque jour. Il ne faut employer ni les gargarismes, ni les insufflations, mais le vrai procédé consiste à enduire le bout du doigt indicateur d'une couche de miel, à plonger le doigt dans la poudre d'alun et à l'introduire doucement dans la bouche du malade pour porter le remède sur les parties à atteindre.

On connaît les bons effets des badigeonnages avec de la teinture d'iode à divers degrés de concentration, et des applications directes de tannin, ou d'un mélange de tannin et de teinture d'iode, de consistance sirupeuse, sur les parties affectées, ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Dans le cas où ces médicaments resteraient inefficaces, il est facile d'employer même avec le doigt des caustiques plus énergiques. M. Lasègue a eu souvent recours à l'iode, en le faisant préparer sous la forme d'une poudre composée d'iode métallique 1 gr., poudre de talc 2 gr., miel q. s.

Le chlorure de zinc, d'une saveur beaucoup mieux supportée s'emploie sous la même forme pharmaceutique en variant les excipients. Il en est de même du chlorate de potasse, topique assez incisif qui convient aux formes atoniques et qui se conserve bien en poudre (Lasègue).

Les cautérisations faites soit à l'aide du crayon de nitrate d'argent, soit avec des solutions plus ou moins étendues de ce sel, rendent souvent de grands services, et nous pensons que l'on pourrait utiliser les propriétés caustiques de l'acide chromique, en portant sur les tonsilles, à l'aide d'une éponge, une dilution plus ou moins concentrée de cette substance. Le traitement par les eaux thermales sulfurées, spécialement appliquées en douches sur les tonsilles mêmes, et autour de la gorge, a été employé avec succès par M. Lambron, aussi

bien chez les enfants à tempérament lymphatique que chez les adultes atteints d'une angine de nature herpétique.

La difficulté qu'il peut y avoir souvent à distinguer le cancer de l'amygdale d'une lésion syphilitique, impose au médecin le devoir d'essayer un traitement spécifique convenablement dirigé avant de procéder à l'ablation d'une tumeur de l'isthme du gosier.

Recommandons enfin, d'une manière générale, avec M. Desnos, l'usage interne des iodures, et particulièrement de l'iodure de potassium, même en dehors de toute affection constitutionnelle appréciable, et quelle que soit l'explication qu'on adopte sur leur mode d'action.

ANALYSES.

Comptes rendus des travaux de la Société américaine d'otologie.

La huitième réunion annuelle de la Société d'otologie d'Amérique a eu lieu à New-Port, le 21 juillet 1875, sous la présidence du docteur Roosa.

Après les formalités d'usage, la séance s'est ouverte par la lecture d'un rapport sur les progrès de l'otologie pendant l'année qui venait de s'écouler. Ce rapport comprend deux parties : dans la première le docteur Blake traite le côté anatomique et physiologique de la question ; dans la seconde le docteur Mathewson le côté pathologique et thérapeutique.

I. — Anatomie et Physiologie.

Le docteur Blake parle tout d'abord d'une communication présentée, en octobre 1874, par le professeur Politzer, de

Vienne. Il y est question du rapport du muscle de l'étrier avec le nerf facial et avec l'apophyse styloïde aux différents âges de la vie. L'auteur montre que chez le fœtus la partie supérieure seule du muscle de l'étrier se trouve séparée du canal facial par une lame osseuse, la partie inférieure, au contraire, communique librement avec ce canal. Chez l'adulte ces rapports sont variables ; toutefois, il est rare, dit-il, de rencontrer une séparation complète du canal facial et du nerf.

Plus loin il insiste sur le développement de l'apophyse, styloïde aux dépens d'un cartilage propre, ainsi que le démontre, dit-il, l'existence d'un point cartilagineux isolé chez le fœtus.

Le rapporteur cite ensuite le bel ouvrage du professeur Moos, illustré de 6 planches lithographiées, sur l'anatomie et la physiologie de la trompe d'Eustache. L'auteur appuie sur la disposition de l'extrémité inférieure de la trompe, et il décrit en ce point une espèce de valvule de dimensions variables selon les individus et constituée par un repli de la muqueuse ; la destination de cette valvule serait, selon lui, de faciliter, en se déroulant, l'ouverture inférieure de la trompe. La deuxième partie de l'ouvrage traite de la structure de la portion cartilagineuse de la trompe ; l'auteur y décrit au long les îlots de cartilage de Lucker Raudl et appelle l'attention sur leur structure fibro-cartilagineuse. Dans sa physiologie des muscles de cette région, il prétend que le tenseur du voile du palais ne dilate que le crochet cartilagineux de la trompe, et il réfute l'opinion de Rudinger, qui admet que l'élévation du voile du palais concourt à la dilatation de la trompe.

Zaufal a continué sa série de recherches sur le mécanisme de l'ouverture et de la fermeture de la trompe d'Eustache. Il se sert à cet effet d'un long spéculum qui plonge jusqu'au fond de la cavité nasale ; on peut ainsi, dit-il, à l'aide d'un bon éclairage, explorer la face supérieure du voile du palais, les parois postérieure et externe de la cavité pharyngienne et on constate, sur la paroi postérieure de la trompe, la présence d'une apophyse cartilagineuse recouverte à l'état

normal, d'une muqueuse d'un jaune brillant. Dans la respiration à travers le nez peu de modifications se remarquent dans la disposition de cette partie, l'ouverture pharyngienne de la trompe s'ouvre et se ferme légèrement avec les mouvements d'inspiration et d'expiration. Dans la prononciation des voyelles, et surtout des lettres *a*, *e*, *i* cette apophyse cartilagineuse se meut en dedans et en arrière, et l'ouverture pharyngienne change de forme et devient triangulaire. La prononciation des consonnes n'occasionne pas de mouvements par elle-même. Ces mouvements sont ceux propres aux voyelles qui les accompagnent dans l'articulation du son, c'est pour les lettres *m* et *n* qu'ils se remarquent le moins. Le spéculum dont Zaufal se sert présente une longueur de 10 centimètres et une largeur de 1,5 centimètres à 2 centimètres à l'extrémité externe, mais seulement de 3 à 7 millimètres à l'extrémité interne.

Un travail de Gerlach appelle l'attention sur une particularité de structure de la muqueuse de la trompe. C'est la présence d'un grand nombre de follicules clos dans toute la portion cartilagineuse de ce conduit, depuis l'ouverture pharyngienne jusqu'à sa jonction avec la portion osseuse. On les rencontre surtout vers le 1/3 moyen, et ils occupent toute l'épaisseur de la muqueuse.

Les recherches d'Utz sur la structure histologique des canaux membraneux semi-circulaires peuvent se résumer en quelques mots. Il y reconnaît trois tuniques : une externe composée de tissu conjonctif ; une moyenne, ou tunique propre, qui est transparente, et une interne ou épithéliale. C'est sur la couche moyenne que s'élèvent les papilles de Rudinger, vers le deuxième mois qui suit la naissance. L'épithélium est pavimenteux.

Il est ensuite question, dans le rapport, d'une communication des plus intéressantes sur un point d'anatomie comparée, c'est celle du professeur Oscar Schmidt, sur l'organe de l'audition chez la cigale. Déjà Siebold s'était livré à des études sur le même sujet. Ces organes auditifs, dit ce dernier auteur, sont situés dans la jambe immédiatement au-dessous de l'articulation coxo-tibiale ; chez certaines espèces

de la famille des locustides on rencontre en ce point deux ou plusieurs cavités s'ouvrant par des orifices à la partie antérieure de la jambe. Ces cavités présentent chacune sur leur surface interne un tympan de forme ovalaire. Le principal conduit aérifère de la jambe passe entre deux ou plusieurs tympans et se dilate à ce niveau en forme de vésicule ; l'extrémité supérieure de cette vésicule se trouve en rapport avec un ganglion venant du nef auditif. Ce dernier nerf naît lui-même du ganglion thoracique et accompagne le nerf principal de la jambe.

Le professeur Schmidt, dans son ouvrage, compare la structure de l'organe auditif chez deux ordres de cigales, l'acridée et la locustide, et il trouve au point de vue de ces organes une différence complète entre ces deux groupes. Dans le premier il existe une membrane tympanique étendue sur un anneau ; cet anneau est incomplet en bas et en arrière et ses extrémités donnent insertion à des muscles. A la partie inférieure de la membrane se rencontrent des éminences de diverses grandeurs, représentant le labyrinthe, et constituées par des replis de toute l'épaisseur de cette membrane. Le nerf auditif se dirige de bas en haut vers ce groupe d'éminences et se termine en formant des bâtonnets.

Chez trois espèces de locustides étudiées par Schmidt l'oreille est située dans le tibia au-dessous du genou et se compose de deux membranes tympaniques, l'une regardant en avant, l'autre en arrière. C'est entre ces deux tympans que se trouve la vésicule trachéale. Celle-ci n'est qu'une modification du conduit aérifère qui parcourt le tibia. Les bâtonnets qui parviennent du ganglion nerveux sont ici rangés en séries comme les touches d'un piano.

En terminant, Schmidt conclut à l'existence de deux espèces d'organes comparables entre eux, quoique plus ou moins compliqués. Il n'admet pas la comparaison que Hensen a voulu établir entre ces organes et les poils auditifs des crabes.

Le professeur Mayer, par ses expériences sur la vibration des fibrilles des antennes du moustique, ouvre un vaste champ aux recherches sur les organes auditifs des animaux arti-

culés. En amenant un moustique vivant sur le champ du microscope, et en faisant résonner un diapason dans le voisinage, on obtient des vibrations de certaines parties des antennes. Mayer a révélé ainsi une nouvelle fonction de ces organes, c'est-à-dire le pouvoir qu'ils ont de se diriger dans le sens d'où vient le son. En faisant varier le porte-objet jusqu'à cessation complète des vibrations des fibrilles, on constate que la ligne qui suit la directien de ces fibrilles ne forme qu'un angle de cinq degrés avec celle qui représente la direction du point d'où émane le son.

Dans la même série des travaux du professeur Mayer se trouve un travail sur l'analyse du son, dans lequel, au moyen d'expériences ingénieuses, décrites d'ailleurs avec détail dans le rapport, il confirme l'hypothèse qu'avait émise Helmholz, à savoir que l'oreille est capable de décomposer un son composé, en ses éléments sonores.

Nous ne ferons que citer, ne pouvant le décrire tout au long, un appareil imaginé par les docteurs Hagen et Stimmel, pour appliquer la lumière polarisée à l'examen des affections de l'oreille, comme a fait le professeur Coccius pour les yeux. Leur instrument se rapproche beaucoup d'ailleurs de celui de ce dernier.

Le rapporteur relève ensuite dans les *Archives de Virchow* une note intéressante de Mendel sur la température du conduit auditif externe. En moyenne, cette température est à l'état normal de deux dixièmes de degré moindre que la température rectale. Dans les attaques apoplectiformes et épileptiformes, cette température du conduit auditif externe augmentait proportionnellement à celle du rectum. Elle baissait au contraire sous l'influence du chloral ou de la morphine. Enfin, le rapport sur les progrès en anatomie et physiologie se termine par une longue analyse d'un nouvel article de Boettcher sur la section des canaux semi-circulaires. Ce travail est un essai critique sur l'hypothèse de Goltz, qui admet que les canaux semi-circulaires forment un système dont la fonction est de présider à l'équilibre du corps.

Boettcher montre d'abord qu'une grande partie des phénomènes rotatoires obtenus par Goltz et d'autres, en section-

nant le canal vertical interne, étaient dus à la lésion de la substance cérébrale ou des veines qui se trouvent dans le voisinage. Il opère lui sur le canal vertical externe et le canal horizontal plus profondément situés et plus difficiles à atteindre, mais à l'abri des objections précédentes. Il conclut :

I. Que la rotation latérale de la tête ne se montre que dans une section unilatérale des canaux faite avec un manque de soin, et ne se rencontre jamais quand l'opération est bien faite. Aussi l'attribue-t-il à la lésion de la masse cérébrale ou à la lésion consécutive des méninges, d'autant plus que ce phénomène ne se montre souvent que plus tard, quelque temps après l'opération.

II. Que les mouvements de rotation latérale et les mouvements d'avant en arrière ne sont dus à aucune modification anatomique. La section des canaux semi-circulaires peut amener ces mouvements, mais ils ne sont pas le fait de la section seule.

L'auteur donne à l'appui de ces deux propositions les résultats d'expériences fort concluantes faites par lui. En ce qui a trait aux mouvements de pendule de la tête, Boettcher montre que c'est un symptôme passager survenant immédiatement après l'opération, mais qui ne tarde pas à diminuer et à disparaître. D'autre part, il se rallie complétement à l'avis de Flourens et admet que les mouvements de manége et la tendance à tomber en avant ou en arrière sont dus certainement à la lésion des canaux semi-circulaires.

Berthold s'occupant aussi de la même question n'est pas non plus satisfait des explications admises jusqu'ici. Son mode opératoire consiste à sectionner les canaux semi-circulaires au moyen d'un fil de soie. Il réfute l'opinion généralement admise, que la lésion du canal osseux seul ne peut amener de désordres dans la locomotion. Il a observé de plus des vomissements sans lésion aucune de la substance cérébrale. Enfin il résume ses travaux en disant que la fonction des canaux semi-circulaires est d'aider à la coordination des mouvements par action réflexe.

Bornhardt a établi des expériences pour savoir si les con-

séquences de la section des canaux semi-circulaires étaient dues à l'irritation ou bien à la paralysie du nerf du vestibule. Sans trancher la question, il penche plutôt pour la paralysie.

Le professeur Julien Budge propose comme explication du vertige et du trouble d'équilibre consécutif à la section des canaux semi-circulaires l'action du muscle de l'étrier. Mais l'auteur, par une étrange erreur, décrit ce muscle comme s'insérant sur le côté antérieur de la tête et de l'étrier.

Dans une brochure ayant pour titre : *Séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille*, Bonnafont donne un résumé des expériences de Flourens et de Brown-Séqnard, sur les canaux semi-circulaires et des observations cliniques de Ménière, Knapp et autres. Ses conclusions sont les suivantes :

I. Le vertige dans les affections de l'oreille n'est pas dû exclusivement à l'inflammation ou à la congestion des canaux membraneux semi-circulaires. Ce n'est donc pas un symptôme pathognomonique de la maladie de Ménière.

II. Le vertige peut être le résultat ou bien de lésions traumatiques des canaux semi-circulaires ou d'une inflammation ou congestion consécutive de ces canaux.

III. L'inflammation et l'hyperémie des canaux semble agir par compression du liquide qui se trouve dans le labyrinthe.

IV. Toute affection de l'oreille moyenne qui augmente ou diminue cette pression peut amener le vertige.

V. Le vertige peut être le fait d'une action réflexe comme dans le cas d'une injection d'eau froide sur la membrane du tympan.

En terminant cette première partie du rapport, le docteur Blake cite une proposition Wreden tendant à remplacer l'examen du poumon par l'examen de l'oreille, dans les cas où il s'agit de constater si un enfant est mort-né ou s'il a respiré. Dans le second cas, Wreden fait observer que le liquide muqueux qui remplit l'oreille moyenne chez le fœtus commence à s'écouler 12 heures après la naissance, et qu'au bout de 24 heures il n'en reste plus trace. A la fin de son article, il donne les préceptes nécessaires pour procéder à l'autopsie dans ces cas.

Nous analyserons dans le prochain numéro le rapport du Dr Mathewson sur les travaux publiés sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de l'oreille.

Les mouvements normaux de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache

Par le professeur Zaufal. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, t. IX, f. 3, p. 133.)

L'auteur fait remarquer, avec raison, que les observations que l'on fait soit au moyen de la rhinoscopie, soit directement chez des sujets privés d'une partie de la voûte palatine ou du voile du palais ne sauraient donner une idée exacte des mouvements normaux de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. En effet, quand on pratique la rhinoscopie on abaisse fortement la langue, on modifie notablement la tension du voile du palais; dès lors la déglutition, la phonation et la respiration ne s'exercent plus dans des conditions absolument physiologiques; les mouvements du voile du palais et la formation d'un pli transversal au niveau du bourrelet tubaire rendent l'inspection de l'orifice difficile, quelquefois même tout à fait impossible, chez les sujets qui présentent une destruction du voile du palais ou de la voûte palatine. Les points d'insertion des muscles de la trompe, du voile du palais et du pharynx ont subi des déplacements tels, qu'en étudiant leur action sur l'orifice tubaire dans ces conditions nouvelles, on ne pourrait acquérir que des notions erronées sur les mouvements de cet orifice chez l'homme sain. En introduisant un spéculum dans le nez de quelques malades chez lesquels le cornet inférieur était rudimentaire ou absent, et ces cas ne sont pas rares, M. Zaufal est parvenu avec une bonne lumière réfléchie (soleil ou lampe), à examiner mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent le plancher des fosses nasales, la paroi externe, la face supérieure du voile du palais, les parois postérieure, supérieure et latérales du pharynx.

Observations faites sur une jeune femme de 32 ans privée des deux côtés du cornet inférieur.

La cloison, la voûte palatine et le voile du palais sont intacts ; pas d'ulcération ; les amygdales ne sont pas hypertrophiées ; les mouvements du voile du palais sont libres.

Le bourrelet tubaire est revêtu d'une muqueuse lisse, jaunâtre, un peu brillante, il fait une saillie marquée à la paroi externe de la cavité naso-pharyngienne, se courbe vers en haut, en présentant à peu près la même épaisseur, en forme de crochet. La partie antérieure du crochet se continue avec un repli vertical lisse, un peu tendu, qui se dirige en bas et se continue avec la muqueuse lisse, blanc jaunâtre du voile du palais.

En donnant au spéculum une direction oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière, l'auteur a observé que la partie inférieure du bourrelet tubaire se courbe en dehors et se perd derrière le repli du crochet. La partie convexe du crochet se perd insensiblement dans la muqueuse de la paroi supérieure de la cavité naso-pharyngienne. Entre le bourrelet et le repli muqueux se trouve une fente verticale très-étroite. Lorsque le bourrelet est éclairé par en avant, il projette une ombre sur la paroi pharyngienne postérieure.

A l'état de repos on ne voit que la partie antérieure de la face supérieure du voile du palais, qui se continue sans présenter de pli avec la muqueuse du plancher des fosses nasales et se termine en arrière vers le sillon du bourrelet tubaire.

Les modifications que subit l'orifice pharyngien de la trompe sont les suivantes : Pendant la respiration calme à travers le nez, le spéculum s'y trouvant engagé, et pendant la respiration forcée on n'observe aucun changement.

Pendant l'inspiration et l'expiration forcée, la bouche demi-ouverte, il se produit un mouvement à la partie inférieure du bourrelet, mais moins prononcé que dans la phonation.

Les mouvements du bourrelet tubaire sont surtout très-visibles lorsqu'on fait prononcer la lettre A ; à chaque into-

nation il se produit un mouvement en arrière et en dedans. De l'extrémité inférieure du bourrelet part un repli triangulaire très-tendu vers la face supérieure du voile du palais.

Le mouvement du bourrelet tubaire est si étendu qu'il paraît s'accoler à la paroi postérieure du pharynx et qu'on ne voit plus la fossette du Rosen müller.

L'orifice de la trompe s'élargit et spécialement en bas.

La surface du voile du palais est animée d'un mouvement d'ensemble; la partie postérieure de ce voile devient visible; elle se soulève pour se mettre de niveau avec la voûte palatine. En même temps le plancher de l'orifice tubaire se déplisse et présente l'aspect d'une membrane triangulaire qui se dirige de dehors en dedans et en bas ; sa base va jusqu'à la surface du voile du palais, son sommet se perd en dehors dans le canal tubaire. Le cadre de l'orifice pharyngien déplissé représente un triangle dont le côté postérieur est formé par le bourrelet et le repli qui le complète, le côté antérieur par le repli antérieur (repli du crochet), et la base par une ligne qui va de l'extrémité inférieure du bourrelet à l'extrémité inférieure du repli du crochet. La paroi inférieure représente après son déplissement une gouttière formée par le repli du bourrelet et la face antérieure de la partie la plus interne de la lame médiane. Cette gouttière va se perdre insensiblement dans la lumière du canal tubaire.

Le repli du crochet et le crochet lui-même ne subissent pas de déplacement, le déplissement du voile du palais et de l'orifice pharyngien, dure aussi longtemps que persiste le son A.

Les lettres I et E produisent les mêmes mouvements mais plus forts ; O et U les produisent faiblement. Les mouvements produits par les consonnes correspondent aux voyelles qui les accompagnent et sont le plus faibles pour M et N.

Pendant la déglutition on observe les mêmes phénomènes qui pendant la prononciation de la lettre A, mais ils sont beaucoup plus accusés ; on observe en plus une tension très-forte du repli du crochet dans sa longueur; il s'aplatit. Le fond de l'orifice déplissé se creuse d'avant en arrière sous

forme de gouttière ; le crochet ne subit pas le moindre déplacement.

En abaissant fortement la mâchoire inférieure, l'extrémité inférieure du bourrelet se dirige en dehors et se rapproche de la partie inférieure du repli du crochet. En relevant la mâchoire il reprend sa position normale. Les mouvements de la langueur en avant ou en arrière produisent des mouvements du bourrelet mais moins étendus.

En pressant la base de la langue avec le doigt on observe une tension très-forte du repli du crochet ; si en même temps on fait prononcer la lettre A le bourrelet se meut à peine, mais le repli du crochet s'aplatit.

En faisant exécuter l'expérience de Valsalva, l'une des narines étant bouchée avec la main, l'autre avec un spéculum de Siegle dont le tube en caoutchouc est fortement comprimé, on observe que la moitié inférieure du bourrelet se porte en dehors et en avant pour se rapprocher du repli du crochet; aussitôt que le mouvement d'expiration forcée cesse, elle reprend sa situation primitive.

Les contractions du muscle constricteur du pharynx, du palato-pharyngien et des muscles du voile produites par un courant induit ne provoquent aucun mouvement du côté de l'orifice pharyngien.

D[r] Levi.

Coup de poignard dans l'oreille. Plaie de l'artère méningée moyenne, anévrysme traumatique, ligature de l'artère carotide commune gauche, mort.

Par Simpson-Gangf, chirurgien de l'hôpital de la Reine à Birmingham.

Il s'agissait d'un policam-constable qui reçut, le 7 mars, un coup de poignard qui traversa le tragus, la paroi postérieure du conduit auditif externe et le tympan du côté gauche, et fut suivi de plusieurs hémorrhagies artérielles qui s'arrêtèrent par le tamponnement. Le 17, un gonflement apparut au-dessous

de l'oreille s'accompagnant de pulsations et de bruit de souffle. Il y eut encore une hémorrhagie par l'oreille qui s'arrêta par la compression sur le tampon et par l'application de la glace. Le 19, la tumeur pulsatile augmentait mais la compression digitale sur l'artère carotide la faisait disparaître. On continua ce traitement jusqu'au 23, époque à laquelle les pulsations et le bruit de souffle étaient manifestement diminués, et la tumeur plus solide; mais, comme cette amélioration ne persista pas, et la compression digitale étant impraticable, on crut devoir, le 23, pratiquer la ligature de l'artère carotide comme le seul moyen de prolonger l'existence. L'hémorrhagie cessa, et le malade revint tout d'abord, garda toute sa connaissance et demanda à voir sa femme et son enfant; mais quatre heures après il fut pris de délire. Au bout de huit heures et demie tout le côté droit était paralysé; congestion pulmonaire, et mort le 24.

A l'autopsie, on trouva au niveau des muscles ptérygoïdiens une cavité irrégulière remplie de caillots en voie de décomposition semi-purulente. La dure-mère et le cerveau étaient sains ainsi que la carotide interne. La dissection des branches de la carotide externe montra que l'artère méningée moyenne avait été, dans l'étendue de près de 1 centimètre, déchirée entre la naissance et le trou sphéno-épineux par une lamelle osseuse détachée de la jonction des portions squameuses et pierreuses du temporal. Toutes les autres branches étaient saines.

(*The Lancet*, 17 avril 1875; *Union médicale*, 13 juillet.)

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (37, 2-6.)

Le Gérant : G. MASSON.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

LETTRE A MONSIEUR LE PROFESSEUR VERNEUIL, SUR DES OBSERVATIONS NOUVELLES DE TRACHÉOTOMIE SUR L'ADULTE AU MOYEN DU GALVANO-CAUTÈRE.

Par M. **Krishaber.**

Mon cher maître,

Il y a environ deux ans, j'ai relaté à la Société de chirurgie l'histoire de deux malades adultes sur lesquels j'avais pratiqué la trachéotomie au moyen du galvano-cautère, et je fis suivre le récit de mes opérations de quelques réflexions tendant à établir des réserves sur l'utilité de la méthode inaugurée par vous. Dans le rapport que vous avez présenté peu de temps après, à la même société, vous avez traité la question à fond et, tout en vous écartant des conclusions auxquelles j'étais arrivé, vous avez bien voulu reconnaître l'opportunité de la controverse soulevée. « La trachéotomie galvanocaustique, disiez-vous, restera dans la pratique, précisément à cause des modifications utiles qu'auront inspirées les imperfections reconnues du procédé actuel. » Il n'y aurait pas lieu de reprendre, à une si courte distance, une question que votre exposé a si largement mise en lumière ; mais il est utile peut-être de faire connaître quelques éléments nouveaux d'appréciation. Depuis ma première communication, j'ai eu de nou-

veau l'occasion de faire la trachéotomie sur l'adulte et, dans trois cas, je me suis servi du galvano-cautère. Je dirai immédiatement, et par anticipation, que mes impressions se sont sensiblement modifiées par les résultats obtenus. Deux fois dans les trois cas, le galvano-cautère m'a rendu d'excellents services ; mais une fois, je n'ai pas obtenu le moindre avantage sur le procédé ordinaire.

Voici ces observations que je relate par ordre numérique, en tenant compte des deux premières déjà publiées. (*In Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1874.)

Observation III.

M. l'abbé X..., instituteur, âgé de 42 ans, m'est adressé par M. Noël Guéneau de Mussy. Je constate dans la cavité du larynx une immense végétation flottante, dont la description sera faite ailleurs, et qui ne nous intéresse ici qu'au point de vue de la trachéotomie qu'elle a nécessitée.

Je fis quelques tentatives d'extraction par les voies naturelles, mais le malade fut pris d'accès de suffocation en raison du siége de la tumeur et de son volume considérable, et je me décidai à faire la trachéotomie.

L'abbé X... est d'une taille très-élevée et d'un embonpoint très-prononcé. Le cou est gros, charnu, extrêmement épais, et la trachée ne peut guère être sentie au toucher à travers les couches de tissus mous. Ces dispositions éminemment défavorables, auxquelles s'ajoutait encore l'hypertrophie du thyroïde reconnue pendant l'opération, étaient particulièrement faites pour juger de l'action hémostatique du galvano-cautère. Eh bien, je dois reconnaître qu'elle a été très-réelle et très-satisfaisante.

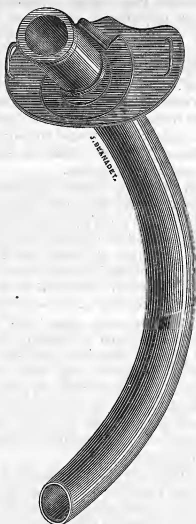
Assisté par MM. les docteurs de Saint-Germain et Planchon, j'ai divisé les tissus lentement au moyen du plus épais couteau galvanique de Mathieu, et je suis arrivé jusque sur la trachée qui se trouvait à une profondeur tout à fait exceptionnelle, sans faire une seule ligature, et sans qu'il y eût, pour ainsi dire, perte de sang. C'est à peine si, vers la fin de l'opération, les lèvres de la plaie s'humectèrent un peu. L'opération s'est faite complétement à sec, jusqu'au moment de l'ouverture de la trachée, ouverture faite au bistouri, et qui donna lieu à une légère extravasation s'arrêtant d'elle-même. Il n'y eut point d'hémorrhagie

secondaire. Il est incontestable que dans ce cas, mieux fait selon moi qu'aucun autre publié jusqu'à ce jour pour apprécier l'action hémostatique du galvano-cautère, cet instrument a donné tout ce que l'on pouvait attendre de lui. J'ai été obligé d'ouvrir la trachée au bistouri, mon couteau galvanique s'étant trouvé trop court pour me permettre de pénétrer au fond de la plaie, qui était d'une profondeur vraiment invraisemblable. Du reste, voici ce qui arriva. J'avais apporté avec moi la canule la plus grosse de la collection Mathieu, et je doute que jamais canule plus volumineuse ait été employée dans la trachéotomie sur l'homme. Or, il s'est trouvé qu'elle était encore trop courte, et que, pénétrant dans la trachée d'un ou de deux millimètres à peine, elle ressortait au moindre mouvement du malade, ce qui constituait un inconvénient fort grave. Quant au dilatateur, il n'arrivait même pas jusque sur la trachée.

Je me contentai alors, afin d'assurer la béance de la plaie, d'y maintenir la canule pendant deux jours, temps qui me fut demandé pour la fabrication d'une canule et d'un dilatateur *ad hoc*. Malheureusement, le dilatateur n'ayant pu être livré le même jour que la canule, je fus obligé de placer celle-ci sans dilatation préalable de la trachée, ce qui, dans cette circonstance, fut vraiment difficile. J'en appelle au souvenir de M. de Saint-Germain, qui a bien voulu me prêter son concours. Le cou s'étant gonflé à la suite de la brûlure étendue, comme cela arrive d'ailleurs toujours après la trachéotomie au couteau galvano-thermique, la trachée s'était trouvée à une telle profondeur que nous ne pûmes ni la voir, ni la sentir au doigt. Après un grand nombre d'essais infructueux, nous eûmes l'idée de plonger dans la plaie une sonde œsophagienne qui, en effet, pénétra dans la trachée, et sur laquelle nous pûmes glisser la canule ; celle-ci fut ainsi définitivement placée. Voici cette canule exceptionnelle, grandeur nature. (*Voy.* page suivante.)

Le malade, dès lors, respirait amplement, et la cicatrisation de la plaie fut obtenue sans encombre. L'abbé X..., qui est d'une santé générale très-robuste, guérit rapidement et quitta Paris, désirant remettre à une époque ultérieure l'extraction de la tumeur du larynx. Je l'ai revu souvent depuis : il jouit d'une excellente santé, mais le bénéfice de la canule à soupape, qu'il porte toujours, lui paraît tel, qu'il hésite à se soumettre à une opération nouvelle. Je l'avais décidé cependant à subir des tentatives d'extraction; mais, à peine quelques fragments de la tumeur ramenés, le malade se déclare satisfait et préfère remettre

la suite à un prochain terme dont il recule d'ailleurs volontiers l'échéance. La canule étant du reste munie d'un clapet, M. l'abbé X... parle assez distinctement pour se faire entendre de ses trente élèves.



C'est à dessein, et afin de ne pas compliquer le principal côté de la question, l'hémostase, que j'ai omis de signaler dans le récit de cette opération une circonstance qui est cependant digne d'être notée, et qui, soit dit en passant, doit être inscrite au passif du galvano-cautère. Chez mon

malade, en raison d'une couche épaisse de tissu adipeux, la brûlure eut pour conséquence la fonte du tissu graisseux, qui s'échappait, en bouillonnant, hors de la plaie et se répandait en fusées sur le cou, produisant des brûlures du premier degré, qui étaient extrêmement douloureuses, tout en étant sans gravité. Cette particularité imprévue ne contribuait pas pour une faible part à rendre l'opération douloureuse ; car vingt fois le malade se leva brusquement sur son séant, écartant violemment son entourage, décidé à ne pas laisser achever l'opération. Sa vigueur herculéenne eût rendu illusoire toute tentative de contention forcée, et nous dûmes subir des interruptions fort longues.

Je n'ai jamais pratiqué l'anesthésie dans la trachéotomie ; mais en pareille circonstance, je n'hésiterais pas à y soumettre le patient.

Il y a eu, vous le voyez, cher maître, bien de l'imprévu dans cette opération ; mais en la dégageant de ce qui ne relève pas du principal objet de cette communication, il est impossible de méconnaître, que le galvano-cautère, dans un cas exceptionnellement difficile, ait rendu le service très-grand d'avoir épargné le sang, dont l'abondance, par le procédé ordinaire, certaine pour moi, eût été une gêne considérable et peut-être un véritable danger.

Observation IV.

Je fus appelé à La Loupe par M. le docteur Pichot, auprès d'une dame âgée de 52 ans, atteinte de troubles respiratoires extrêmes, à la suite de la cicatrisation d'une plaie du cou qu'elle s'était faite, environ deux mois avant que je la visse, dans un accès de lypémanie. Elle avait divisé la trachée et l'œsophage, mais n'en guérit pas moins, une sonde œsophagienne ayant été maintenue dans l'estomac pendant plus de quarante jours, et l'alimentation ayant pu s'effectuer de cette façon. La trachée abandonnée à elle-même s'était cicatrisée en se rétrécissant. Des difficultés respiratoires survinrent rapidement et allèrent toujours en augmentant ; elles étaient arrivées au paroxysme de l'asphyxie, lorsque j'arrivai auprès de la malade. Je pus aisément plonger le regard au-dessous de la glotte, au moyen du

laryngoscope et constater le point rétréci. La trachéotomie devant être pratiquée, et la famille désirant qu'elle ne fût pas faite à La Loupe, la malade fut transportée à Paris et placée chez les sœurs de la rue Oudinot, où, assisté par M. le docteur Planchon, j'ai fait la trachéotomie, au moyen du galvano-cautère. J'eus soin, cette fois, craignant que les scènes de révolte de la précédente observation ne se renouvelassent, de mettre à ma malade une camisole de force, et de l'attacher solidement au lit. Cette précaution était d'autant plus justifiée, que l'état mental de ma patiente ne m'inspirait guère de confiance. L'anesthésie était malheureusment chose impossible chez une personne arrivée à un degré d'asphyxie tel, que je n'avais pas, sans une grande appréhension, consenti à ce qu'elle vînt à Paris, le moindre mouvement paraissant devoir intercepter la respiration. L'état général de la malade était en outre déplorable : atteinte depuis longtemps de diabète, insuffisamment nourrie par une sonde œsophagienne, et subissant une hématose très-incomplète depuis plusieurs semaines, il n'y avait pas lieu d'ajouter aux dangers d'une opération, ceux de l'anesthésie.

Je divisai les tissus lentement comme dans les opérations précédentes, mon couteau galvanique étant au rouge sombre. La malade étant extrêmement maigre, j'arrivai facilement jusque sur la trachée, sans avoir produit les fusées de graisse fondue qui, chez M. l'abbé X..., avaient causé de si vives souffrances. Il n'y eut jusque-là presque pas de sang; mais arrivé sur la trachée, et sous l'influence d'un accès de suffocation, un flot de sang jaillit tout d'un coup de tous les côtés de la plaie ; on eût dit que tous les vaisseaux divisés s'étaient ouverts à la fois. Mon couteau s'éteignait aussi complétement, comme s'il avait été plongé dans un bain d'eau : il fallut renoncer au galvano-cautère. L'asphyxie était telle, que je ne pus perdre du temps à faire des ligatures; j'ouvris la trachée au moyen du bistouri. C'est alors que la situation devint difficile: la trachée était rétrécie dans un assez long parcours, et elle était complétement déviée ; mon dilatateur put très-difficilement l'écarter, et j'eus une peine extrême à forcer assez le point rétréci pour placer ma canule. Pendant ce temps, le sang coulait abondamment, et le danger était imminent.

Je parvins cependant à mettre la canule en place; je tamponnai ensuite la plaie en masse, et l'hémorrhagie s'arrêta.

La respiration fut établie largement, et la journée se passa dans le calme le plus complet. La malade ne paraissait nulle-

ment affectée, et le lendemain de l'opération le bien-être obtenu ne se démentait point. Mais le troisième jour, il survint une fièvre intense, sans toux ni crachats ; à l'auscultation, on ne constatait d'ailleurs pas la moindre complication, et cependant les forces baissaient rapidement ; la malade s'affaissait et elle mourut le quatrième jour après l'opération.

Observation V.

Je fus consulté par M. le docteur Richelot (père), pour M. de X..., âgé de 63 ans et demi, atteint depuis plusieurs années de troubles phonétiques, et depuis plusieurs mois de troubles respiratoires qui, dans les derniers temps, étaient devenus très-alarmants. L'examen laryngoscopique me fit reconnaître, au niveau de la corde vocale inférieure gauche, une grosse tumeur lisse, qui était évidemment la cause immédiate de l'asphyxie. Nous n'hésitâmes pas à déclarer que, dans l'état d'oppression du malade, la trachéotomie devenait absolument nécessaire, et qu'elle devait être faite le plus tôt possible. M. le docteur Cusco, appelé en consultation, partageait cet avis, et l'heure de l'opération fut immédiatement fixée.

Je pratiquai la trachéotomie au galvano-cautère, assisté par MM. Cusco, Richelot père et fils, et Planchon (1).

Le malade étant très-maigre, je ne craignais pas de produire les souffrances et, partant, les mouvements que j'avais rencontrés dans l'observation III et se rattachant à la fonte des tissus adipeux ; mon patient était d'ailleurs un homme d'une grande énergie, dont il donna du reste les preuves les plus grandes pendant l'opération, supportée avec un calme stoïque.

Je divisai les tissus lentement comme j'avais fait les précédentes fois, le couteau galvano-caustique étant porté au rouge sombre. Je suis heureux de pouvoir dire que l'opération s'est terminée sans le moindre incident ; la mise en place de la canule était aussi facile que sur un cadavre, et les choses se passèrent presque de la même manière, au point de vue de la perte du sang : la division d'une artériole et un léger suintement en nappe au niveau de la trachée ont fourni environ une demi-cuillerée de

(1) Comme dans toutes mes opérations, c'est M. Raoul Mathieu qui s'occupait de l'incandescence du couteau galvanique, s'acquittant de ce soin avec intelligence et habileté.

sang. Je n'ai pas fait de ligature, le couteau incandescent ayant facilement arrêté l'hémorrhagie.

Une grosse canule fut mise en place, et la respiration se rétablit immédiatement très-librement.

M. Richelot fils, resté auprès du malade, constata toute la journée un bien-être considérable. Deux jours entiers après l'opération, de petites escharres se détachant de la plaie, il survint, pendant mon absence, une hémorrhagie secondaire qui, sans être précisément inquiétante, a été cependant plus abondante que l'hémorrhagie constatée pendant l'opération. L'écoulement du sang fut toutefois arrêté par M. le Dr Henriet, qui veillait le malade alors, et tout rentra dans l'ordre.

La cicatrisation de la plaie se fit normalement, malgré le gonflement considérable qui était survenu dès le lendemain de l'opération et qui diminuait lentement.

Un mois environ après l'opération, la cicatrisation fut à peu près complète, le malade quitta le lit, mangea avec appétit et parut se rétablir.

Les choses se passèrent ainsi pendant quinze jours encore environ, lorsque M. X... fut pris subitement, en se réveillant le matin, d'un accès de suffocation des plus violents, malgré la présence de la canule qui n'était nullement dérangée, et qui laissait un libre passage à l'air. Cet accident s'apaisa quelque peu, mais sans qu'il y eût une rémission complète ; l'oppression continuait toujours et, à l'auscultation, je constatai les signes d'une pleurésie à la base du poumon gauche. Au quatrième jour de la complication que je viens de signaler, le malade mourut.

Assisté par M. le Dr Richelot fils, je fis l'autopsie de M. de X..., et je constatai une immense tumeur cancéreuse sur la paroi gauche du larynx ; en outre, dans la bronche gauche, deux esquilles osseuses, provenant du cricoïde nécrosé; une certaine quantité de liquide purulent dans la plèvre gauche ; et, de plus, des cavernes, grosses comme des noix et des noisettes, dans diverses parties des deux poumons.

La cause *immédiate* des accidents paraissait due à la présence de deux esquilles osseuses que nous trouvâmes dans la grosse bronche gauche, et qui provenaient du cartilage cricoïde ossifié et nécrosé.

L'histoire de ce malade, qui me paraît intéressante à plusieurs points de vue, sera publiée ultérieurement.

L'inconvénient le plus sérieux qui se rattache à la

pratique de la trachéotomie ou galvano-cautère (1) consiste dans la production de l'hémorrhagie secondaire, observée déjà quatre fois jusqu'ici.

L'utilité de la ligature des vaisseaux divisés, que vous admettez vous-même, est incontestable ; mais elle ne peut pas être pratiquée toujours, par la raison toute simple qu'il arrive parfois que les vaisseaux, au moment de leur division, ne donnent pas lieu à une hémorrhagie. Celle-ci se produit ensuite à la chute du léger escharre obturateur produit par la brûlure. Ce fait me paraît incontestable, et cependant je ne voudrais pas en exagérer la portée. L'hémorrhagie ne peut avoir de gravité dans la trachéotomie qu'avant la mise en place de la canule et au moment où la trachée a été divisée ; l'opération une fois achevée, la perte de sang peut toujours être conjurée, sans crainte de son introduction dans les voies respiratoires. Il me paraît seulement utile de se bien pénétrer de ce fait, que le galvano-cautère donne plus souvent lieu que le bistouri à l'hémorrhagie secondaire, et qu'il est absolument nécessaire que, pendant les deux premiers jours au moins qui suivent l'opération, l'opéré soit gardé à vue.

La perte de sang peut se produire aussi, tout comme avec la méthode ordinaire, à un moment plus critique.

Vous avez vu, cher maître, que dans mon observation IV, l'hémorrhagie s'est produite pendant l'opération même.

J'admets volontiers quant à moi que, lorsque le dilatateur est en place et la plaie trachéale largement béante, le sang peut pénétrer impunément dans la trachée, rejeté qu'il est immédiatement et facilement à travers la plaie ouverte, par des mouvements d'expulsion, sollicités dès que le sang touche la paroi intra-trachéale. Il en est tout autrement de la plaie trachéale tant qu'elle est étroite et tant qu'elle n'est pas

(1) Il n'est pas un seul instant douteux pour moi que le thermo-cautère du Dr Paquelin, d'invention toute récente, ne remplace avec avantage le galvano-cautère pour un grand nombre d'opérations, et la trachéotomie sera du nombre. J'ai eu déjà l'occasion de me servir du nouvel instrument, qui m'a paru d'un maniement bien plus facile que le galvano-cautère.

maintenue béante par le dilatateur; le sang alors a le temps de pénétrer profondément dans les petites bronches et de s'y coaguler. Voilà le vrai danger ; celui-là, il faut l'éviter à tout prix.

Il est de notion vulgaire que des quantités relativement très-fortes de liquide aqueux (bouillon, vin, tisane) peuvent s'introduire impunément dans les voies respiratoires et y séjourner ; mais il n'en est nullement ainsi du sang, ce qui est certainement dû à ce qu'il est coagulable. Il en est de même du lait, qui paraît se coaguler très-rapidement au contact du mucus bronchique.

J'ai, quant à moi, maintes fois observé chez les enfants l'innocuité de l'introduction du sang dans la trachée maintenue béante au moyen du dilatateur; jamais je n'ai d'ailleurs fait de ligature chez les enfants. Il ne faut pas oublier cependant que chez ceux-ci ce sont, dans l'immense majorité des cas, des affections aiguës qui nécessitent la trachéotomie; les vaisseaux du cou ne sont pas dilatés comme cela arrive chez des adultes, sur lesquels la trachéotomie est faite le plus souvent pour des affections chroniques, ayant depuis longtemps produit de la dyspnée et partant une forte dilatation des vaisseaux du cou qui saignent alors abondamment. Tout le monde a fait la remarque que chez les enfants, non-seulement l'hémorrhagie capillaire et veineuse, mais même l'hémorrhagie artérielle s'arrêtent spontanément après la mise en place de la canule; tandis que sur l'adulte, les choses sont loin d'être aussi favorables, d'où souvent la nécessité des ligatures.

Permettez-moi, cher maître, de vous faire remarquer à cette occasion, que les individus que vous avez opérés au galvano-cautère se trouvaient dans des conditions différentes et bien plus favorables pour votre méthode que les malades sur lesquels j'en ai fait l'application. Ceux-ci étaient tous sous le coup d'une asphyxie imminente, après de longues maladies, dans lesquelles les troubles respiratoires jouaient le principal rôle. Presque tous vos malades au contraire n'asphyxiaient point pendant l'opération même; ils respiraient librement et sans aucun effort par les voies na-

turelles, auxquelles vous alliez ajouter l'ouverture artificielle qui devait leur assurer la respiration en cas de spasme de la glotte. L'observation de M. Tillaux, qui avait fait la trachéotomie, au galvano-cautère, sur un vieillard atteint d'un cancer de la langue, se trouve dans les mêmes conditions; et ce qui le prouve péremptoirement, c'est que, chez le patient, la fumée provenant de la brûlure venait s'échapper par le nez et la bouche. Si le larynx avait été obstrué, ce phénomène ne se serait certes pas produit. J'ai vu d'ailleurs le malade de M. Tillaux après la trachéotomie; il était maigre et émacié à l'extrême, la trachée se trouvait pour ainsi dire sous la peau, et lorsqu'on venait à boucher l'ouverture de la canule, la respiration se faisait librement par la trachée, de beaucoup plus large que la canule, et à côté de celle-ci. Le malade de M. Tillaux n'a pas perdu « un globule de sang »; mais ne peut-on pas admettre que les choses se fussent passées presque de même par le procédé ordinaire? Cette opération, la plus concluante, en apparence, en faveur de votre méthode, ne m'eût pas convaincu, je l'avoue volontiers; mais je dois inscrire au crédit du galvano-cautère l'opération de mon observation III, qui me paraît peser puissamment dans la balance, malgré les quelques inconvénients secondaires qu'elle révélait.

Je persiste dans la conviction exprimée déjà dans ma première communication, que la trachéotomie se présente sous des aspects très-variés, notamment sur l'adulte; que cette opération, aussi facile et aussi simple qu'une ouverture d'abcès dans certains cas, devient, dans d'autres cas, extrêmement laborieuse et dramatique au plus haut point. Les trois faits que je viens de relater le prouvent encore, et il sera toujours difficile d'assigner à la trachéotomie une méthode unique, un procédé opératoire unique. Je me servirai du galvano-cautère sur des individus ayant le cou gros et épais, la glande thyroïde très-développée et chez lesquels il y a tout lieu de croire que l'ouverture de la trachée sera précédée d'une perte de sang considérable.

Il y a plutôt lieu d'employer la méthode ordinaire sur des individus très-débilités, comme ma malade de l'observa-

tion IV, de crainte que la plaie par brûlure n'amène une réaction plus grande qu'une plaie au bistouri. Je crois aussi devoir dire que la cicatrice de la brûlure laisse derrière elle des traces plus déformantes que celle due au bistouri, ce qui doit entrer en ligne de compte, au moins pour la femme.

Au résumé, les observations que je viens de relater ont modifié mes impressions sur l'utilité du galvano-cautère appliqué à la trachéotomie; et je crois que lorsqu'on saura parer à certains inconvénients qui s'y rattachent, votre méthode réalisera l'un des progrès les plus importants que comporte cette opération.

Veuillez agréer, mon cher maître, etc.

CANCER INTRINSÈQUE DU LARYNX.

Observation par MM. les Drs **Ernest Lafont** (de Bayonne) et **E. Isambert.**

M. G..., âgé de 48 ans, exerçant la profession d'avoué, et marié, est fils d'une mère morte il y a environ vingt ans d'un carcinôme utérin. Son père vient de mourir à l'âge de 75 ans d'un ramollissement cérébral. M. G... avait, paraît-il, été traité autrefois pour une syphilis prise à l'âge de 20 ans ; mais d'après les renseignements donnés par le malade, il paraît certain qu'il ne s'est pas agi d'une affection constitutionnelle, mais plutôt de chancres non infectants. Depuis l'âge de 32 ans, le malade a été atteint d'un psoriasis considérable siégeant surtout aux coudes et aux genoux, lequel a présenté des alternatives d'exacerbation et d'amélioration, mais dont il a presque toujours porté les traces. Cette maladie a nécessité divers traitements, sulfureux, arsenicaux, iodurés, et plusieurs cures thermales à Luchon et à Cauterets, mais sans grands résultats. Avant l'éclosion de ce psoriasis, M. G... avait été sujet à des gastralgies intenses qui s'amendèrent beaucoup par la suite. L'élément dartreux ou arthritique paraît être ici seul en cause, et n'avoir aucun rapport avec des accidents spécifiques attribuables à la prétendue syphilis qui aurait existé antérieurement.

Dans le courant du mois de juillet 1873, M. G... commença

à s'apercevoir que sa voix devenait de temps en temps très-rauque et même s'éteignait à la suite des fatigues qu'occasionnait l'usage prolongé de la parole, exigé par sa profession. En outre, le malade fumait beaucoup la cigarette. Au mois d'août, la voix était presque constamment rauque. Ce fut alors qu'il vint consulter le Dr Lafont. « L'examen laryngoscopique, dit ce médecin, dénotait une rougeur vive de l'épiglotte et de l'entrée de la glotte. La corde vocale gauche était rouge et tuméfiée, tandis que la droite participait à peine à cette lésion, mais elle avait comme l'autre perdu son aspect nacré. Je conseillai de l'eau de goudron, de l'érysimum, des révulsifs (badigeonnage d'iode au-devant du larynx, bains de pieds sinapisés) et enfin une saison à Cauterets. Quand le malade partit pour cette station thermale, la voix était presque complétement éteinte, mais il émettait encore quelques sons rauques. A Cauterets, M. G... fut soumis à l'usage des bains, des eaux de la Raillière en boisson, et aux pulvérisations d'eau de César.

« A la fin du mois de septembre, M. G... revint de Cauterets sans la moindre amélioration, et revint tout à fait aphone. Il n'accusait cependant aucune douleur, ni à l'intérieur ni à l'extérieur, lorsqu'on pressait entre les doigts les cartilages laryngiens. L'examen laryngoscopique fit voir la corde vocale gauche toujours tuméfiée d'un rouge lie de vin au-dessus des cordes vocales. Le gonflement œdémateux était produit par de petits mamelons au nombre de trois ou quatre de chaque côté. L'épiglotte était un peu moins tuméfiée et moins rouge qu'auparavant. En outre, au retour de Cauterets, le *psoriasis s'était amendé d'une façon très-notable*, et la peau présentait à peine quelques traces de cette ancienne affection. Un traitement institué par le médecin des eaux, et consistant en pulvérisations d'eau de goudron, goudron à l'intérieur, sirop de salsepareille ioduré, solution arsenicale à l'intérieur, etc., fut encore suivi quelque temps sans grande amélioration, car le malade restait toujours aphone.

« C'est à la fin du mois de novembre que je commençai à avoir des doutes sur la nature de cette maladie. La tuméfaction du côté gauche avait augmenté de façon à me faire craindre une affection organique. C'est alors également que je remarquai d'une façon très-nette la déviation de l'ouverture de la glotte qui était déjetée à droite et irrégulière. Tout le larynx avait du reste une coloration rouge foncé. Pendant l'émission des sons, la corde vocale gauche restait complétement immobile ; la droite seule avait quelques mouvements peu appréciables. En outre, l'inspiration

commençait à être un peu gênée, le cornage existait, mais à un degré assez faible. Je me décidai alors à employer des attouchements avec la teinture d'iode au 1/3, puis avec une solution de sulfate de cuivre au 15e. Après une amélioration passagère, qui sembla résulter de ces cautérisations, les symptômes locaux continuèrent à s'aggraver. Les mamelons que j'ai signalés persistaient, et les cordes vocales ne reprenaient point leur aspect nacré ordinaire.

« Dans les premiers jours de janvier 1874, les cautérisations furent faites avec une solution de nitrate d'argent au 1/25e. On obtint, par ce nouveau topique, un peu de diminution de la rougeur et de la tuméfaction, et quelques sons rauques purent être émis, mais l'amélioration se borna là.

« Pendant tout ce temps la santé générale était assez bonne. M. G... vaquait à ses occupations dans son bureau, mais il n'allait plus au tribunal. Il mangeait avec appétit, et sortait chaque fois que le temps le lui permettait.

« Au commencement de février, une poussée considérable de psoriasis commença à se manifester sur le tégument externe une quantité de plaques psoriasiques constellèrent la peau de toutes les parties du corps. En même temps apparut une dyspepsie assez intense. On cessa le goudron, les préparations iodurées, les cautérisations. L'eau de Vichy (source de l'Hôpital) fut ordonnée. Durant tout le mois de février, l'émission des sons devint de plus en plus rare, et au commencement de mars, M. G... était de nouveau presque complétement aphone. Cependant, malgré l'absence de timbre, lorsqu'il parlait, on l'entendait plus facilement que trois ou quatre mois auparavant. Les symptômes gastriques s'amendèrent, mais le psoriasis était toujours très-confluent. Vers le 10 mars, l'inspiration devint un peu plus difficile et bruyante par moments. Le cornage avait beaucoup augmenté et s'entendait à distance quand on se trouvait dans la pièce à côté de celle où se tenait le malade. Je fus même une fois appelé dans la nuit par suite de la gêne respiratoire. Le malade se réveillait souvent en sursaut avec une sensation bizarre : il s'imaginait que *quelqu'un cherchait à l'étouffer* en lui pressant le cou. C'est là un fait qu'il m'a répété à plusieurs reprises. J'avais, dès le mois de février, prévenu son frère de la gravité que me paraissait avoir la maladie, et j'avais dit que je craignais une affection organique du larynx: ces derniers symptômes me confirmaient dans cette idée. Au laryngoscope, la tuméfaction avait augmenté, et j'apercevais sur la tumeur des

bosselures bien manifestes, de plus la glotte était tout à fait déjetée à droite. A l'auscultation des poumons, la respiration était normale, plus faible toutefois sur la clavicule droite ; à la percussion, il y avait aussi un peu moins d'élasticité sous le doigt dans la même région.

« Tous ces symptômes me faisaient donc craindre une affection organique; mais n'ayant point une foi entière dans mes connaissances laryngoscopiques, je lui parlai d'un voyage à Paris. Je me disais que si mon diagnostic était erroné, et que ce fût soit un abcès, soit une tumeur sur laquelle on pût agir, il était nécessaire d'avoir affaire à un homme plus compétent que moi en pareille matière. Je l'adressai donc à M. le Dr Isambert, sous la direction duquel j'avais fait mes premières investigations laryngoscopiques à l'hôpital de la Charité à Paris. »

M. G..., partit pour Paris le 29 mars 1874. A son arrivée, M. Isambert trouva une tumeur rouge, tendue, comme œdémateuse (probablement sous l'influence du voyage), sur la corde vocale droite, la fente glottique oblique et rejetée à gauche, et la corde vocale droite présentant une rougeur chronique. Il réserva son diagnostic quelques jours, admettant la possibilité d'un abcès, mais voulant voir avant tout ce que le larynx deviendrait sous l'influence du repos et de quelques attouchements avec la morphine, puis avec un styptique. Au bout de deux ou trois séances, la tuméfaction inflammatoire disparut : les bosselures de la tumeur, sa lividité devinrent plus apparentes, et bientôt on reconnut une ulcération anfractueuse et d'aspect lardacé, occupant le bord libre de la corde vocale au-dessous de la tumeur bosselée. Le doute n'était plus possible et, après avoir étudié quelques jours la marche de la maladie, M. Isambert renvoyait M. G... dans son pays avec quelques bonnes paroles, mais en prévenant immédiatement le Dr Lafont de la gravité du pronostic, résultant du diagnostic suivant: *cancer intra-laryngien de forme squirrheuse*. Il prévoyait que la marche serait probablement rapide, et discutait d'avance l'opportunité d'une trachéotomie, pour la déconseiller comme étant une opération sans avenir, à moins que quelque raison d'ordre moral, la nécessité de mettre ordre à ses affaires, de dicter un testament, etc., ne rendît nécessaire la prolongation des jours du malade. Malheureusement, ces prévisions devaient se réaliser dans un délai encore plus court que nous ne le pensions l'un et l'autre.

M. G... revint à Bayonne le 19 avril. Dans l'espoir d'atténuer la dyspnée, on lui fit des frictions sur les cuisses avec l'huile

de croton, et on lui fit prendre quelques bains de vapeur, mais le mal alla en s'aggravant. Le cornage ne fit qu'augmenter sans laisser un instant de répit. Les nuits se passaient sans sommeil: à peine était-il endormi qu'il était réveillé brusquement par ce cauchemar qui lui faisait croire que quelqu'un l'étranglait. Il lui devint impossible de se coucher. « Le 24 avril, ajoute le Dr Lafont, je me trouvai dans la dure nécessité de prévenir la famille de l'issue fatale et de proposer la trachéotomie. J'eus une consultation avec deux de mes confrères de Bayonne, et je leur fis part de la lettre du Dr Isambert et de l'avis qu'il y émettait sur l'opportunité de l'opération. Je fis venir la famille ; toutes les affaires avaient été réglées par le malade : testament, succession de l'étude, etc. Malgré cela, navré de voir cet homme mourir dans la plénitude de ses forces, je proposai encore l'opération; mais devant l'assurance que ce n'était point une opération curative, mais simplement palliative, elle fut refusée. Alors commença une agonie terrible, telle que celle des enfants atteints de croup. Le 24 au soir, la respiration était atrocement gênée, le cornage avait atteint une grande intensité ; le malade était couvert d'une sueur froide et visqueuse, et il était en proie à une anxiété des plus pénibles: il se levait, s'asseyait, se couchait ; son intelligence était entière. Toute la journée du 25 se passa ainsi. Vers minuit, le 26, il y eut un peu plus de calme. Nous pûmes coucher le malade sur son lit, et il y resta jusqu'à 4 heures du matin, heure à laquelle il mourut. Je n'ai jamais assisté à une scène aussi pénible. J'ajouterai qu'à aucun moment de la maladie, je n'ai noté de la dysphagie, non plus que la moindre hémorrhagie. »

L'autopsie n'a malheureusement pas été faite comme il arrive pour les malades de la clientèle civile. Cependant le diagnostic *cancer* ne peut être douteux, et l'aspect anfractueux de la tumeur, son développement intralaryngien, la rapidité de l'asphyxie finale font de cette observation un des types les plus nets de la forme que nous avons décrite dans notre dernier numéro, sous le titre de *cancer intra-laryngien* squirrheux (V. *Annales,* 1876, p. 7 et 8). Notons aussi que ce cancer était unique, qu'il s'était d'emblée développé dans la glotte même, et qu'enfin il coïncidait avec une diathèse herpéto-arthritique invétérée (*V.* aussi *loco citato*, p. 19).

CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET DU LARYNX.

OBSERVATION. — AUTOPSIE.

Par M. le Dr **Bailly**, de Chambly (Oise).

Remarques sur cette observation, par M. le Dr **Isambert.**

Le 16 mars 1875, je suis appelé en toute hâte, pour une hémorrhagie grave, auprès de M. L..., propriétaire à Chambly, dont je ne suis pas le médecin habituel. Cependant, il y a trois ans, j'ai eu l'occasion déjà de lui donner des soins à propos de deux accès de goutte des mieux caractérisés. A cette époque, il me raconta qu'étant liquoriste à Paris, il avait eu plusieurs pneumonies et plusieurs attaques de rhumatisme non généralisé qui, d'ailleurs, ont laissé le cœur intact. Mon opinion est qu'i était déjà goutteux dans ce temps-là.

Aujourd'hui, c'est un homme de 55 ans. Depuis six mois il a perdu notablement de son embonpoint; il a éprouvé une difficulté de déglutition qui est allée en augmentant de jour en jour. Souvent, pendant le repas, il s'est vu obligé de se lever brusquement, et de faire des efforts considérables pour avaler, efforts pendant lesquels il pensait étouffer. En même temps s'est développée à gauche du larynx, au niveau du cartilage thyroïde, une petite tumeur qui a grossi progressivement et atteint les dimensions d'une noix, qu'elle présente aujourd'hui.

Son médecin, sans porter de diagnostic, a prescrit des applications de teinture d'iode sur la région antérieure du cou et les Eaux-Bonnes; en présence d'une première hémorrhagie légère qui s'est produite il y a quelques jours, il a déclaré qu'il y avait une rupture de vaisseau dans le larynx (?).

Quoi qu'il en soit, j'examine le malade :

La face est amaigrie; de rouge qu'elle était, elle est devenue pâle, d'un jaune terreux; les traits sont tirés; l'émaciation générale est très-marquée; elle me paraît tenir à la fois à l'affection elle-même du malade et à l'insuffisance de l'alimentation depuis plusieurs mois.

Il rend par la bouche, sans toux et seulement par quelques efforts d'expulsion, un sang rouge vermeil, fluide, à peine aéré; la quantité s'en élève environ à trois quarts de litre. Je prie le malade d'avaler quelques gouttes d'eau fraîche; il le fait avec difficulté et, au moment de la déglutition, j'entends un gargouillement prononcé. Je songe à pratiquer le cathétérisme œsophagien, mais il est à peu près impossible même avec les sondes

du plus petit calibre; cette difficulté du cathétérisme se rattache d'une part au rétrécissement de l'œsophage et de l'autre à la dyspnée éprouvée par le malade pendant l'opération.

Au toucher, la portion droite du larynx ne présente rien de particulier; la portion gauche, au contraire, est le siége d'une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, immobile et paraissant fixée au cartilage thyroïde; elle est dure, indolore, sans adhérence à la peau restée absolument saine; quand on la saisit pour la rendre mobile, elle semble faire corps d'un côté avec le larynx et de l'autre avec une seconde tumeur plus profonde et qui paraît appartenir à la partie antérieure de l'œsophage; toute cette masse est soulevée d'un bloc pendant l'acte de la déglutition.

La voix a conservé son timbre habituel; elle est seulement un peu affaiblie.

En présence de ces symptômes, j'affirme que nous avons affaire à un rétrécissement de l'œsophage causé par une tumeur ulcérée et qui est actuellement extra-laryngienne; eu égard à l'amaigrissement et à l'état cachectique du malade, je crains que cette tumeur ne soit de mauvaise nature et je porte un pronostic grave.

Je prescris au point de vue de l'hémorrhagie des applications d'eau froide autour du cou, des sinapismes aux cuisses et aux jambes et une potion au perchlorure de fer.

J'aurais certainement insisté sur la gravité de mon pronostic, si j'avais su alors, comme je l'ai appris depuis, que le père de M. L... était mort d'un cancer du pylore et qu'une de ses sœurs souffre en ce moment d'un cancer utérin. Mais déjà la famille, qui avait exigé de moi mon appréciation absolue, laquelle n'était point favorable au malade, indécise, troublée par la divergence des diagnostics portés par mon confrère et par moi, avait résolu d'avoir recours aux lumières des médecins de Paris. Je perdis donc le malade de vue; néanmoins, j'ai pu compléter son histoire, grâce à l'obligeance d'un jeune externe des hôpitaux, neveu du patient, qui conduisit son oncle chez un spécialiste des maladies du larynx, désirant lui-même recueillir *de visu et de auditu* les éléments d'une observation intéressante. L'événement lui a montré que ce praticien (dont nous tairons le nom) avait fait à Paris une triple erreur de diagnostic, de pronostic et de traitement.

De diagnostic, il n'y en eut pas de nettement posé, mais l'idée du cancer a été formellement repoussée; la lésion œsopha-

gienne a été absolument méconnue ou volontairement négligée. Les examens multipliés au laryngoscope ont donné le résultat suivant :

« La partie droite du larynx est saine ; l'aryténoïde gauche est peu mobile, volumineux, recouvert d'une muqueuse rouge, épaissie, boursouflée, tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend à la corde vocale supérieure gauche et pénètre dans le ventricule correspondant ; elle offre par places une coloration violacée, comparable à celle de la prune recouverte de sa fleur. Toutes ces parties ont un aspect tomenteux, friable. Les mêmes caractères se retrouvent sur la face postérieure de l'aryténoïde gauche dont le sommet est presque immobile. Les replis aryténo-épiglottiques tranchent sur le reste de la muqueuse par leur coloration d'un blanc mat. »

Le résultat de cet examen était-il de nature à justifier les cautérisations laryngiennes au sel de Boutigny, l'emploi de l'iodure de potassium et surtout les *applications répétées de sangsues à l'anus* qui ont été pratiquées?

Après trois mois de ce traitement, le malade considérablement affaibli revient de Paris avec une teinte cachectique cancéreuse plus marquée et une perte de poids de 58 livres, mais aussi avec l'espoir assuré de la guérison promise.

Pendant son absence le bruit avait en effet couru que le spécialiste de Paris l'avait complétement guéri. En réalité, il avalait mieux, mangeait davantage, avec appétit, et faisait partager ses illusions aux personnes qui allaient le voir. Mais à son retour à Chambly, appelé de nouveau près de lui, je pus constater que cette amélioration locale passagère avait une tout autre signification : la tumeur œsophagienne, successivement ramollie, ulcérée et en partie détruite, avait par sa disparition partielle augmenté le calibre physiologique de l'œsophage ; mais en même temps que le malade absorbait plus facilement des aliments, il avalait aussi son pus, son sang et des débris cancéreux, et marchait ainsi à plus grands pas vers le terme fatal. L'amaigrissement avait atteint ses dernières limites ; il y avait de l'œdème des malléoles ; l'infiltration cancéreuse des ganglions cervicaux s'était généralisée rapidement et, chose bizarre à noter, surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur.

La voix s'était singulièrement altérée ; la parole, quoique encore distinctement perceptible, était très-embarrassée ; il y avait du chevrotement, un peu de la voix de polichinelle, mais

on ne saurait mieux la comparer qu'à la voix dite *de rogomme* des buveurs de profession.

Enfin le malade mourut le 5 septembre. Je notai pendant les dernières heures de l'agonie un phénomène anormal consistant dans l'exophthalmie de l'œil gauche qui sortit presque à moitié de l'orbite. Vingt-quatre heures après le décès, et avec le consentement de la famille, j'ai enlevé la pièce pathologique dont voici la description :

Autopsie : le larynx, l'épiglotte et l'œsophage sont sains dans la moitié droite ; dans le larynx, les cordes vocales et le ventricule ont été respectés.

La tumeur, d'après les commémoratifs et les explorations faites il y a six mois, a évidemment débuté à la partie supérieure et antérieure de l'œsophage, pour de là s'étendre tardivement à la portion gauche et supérieure du larynx.

A la face latérale gauche externe et supérieure du cartilage thyroïde se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, qui ne fait pas corps avec la tumeur principale, laquelle en est séparée par du tissu cellulaire induré on condensé et paraît être un ganglion dégénéré. A la coupe, le tissu dur et lardacé crie sous le scalpel ; le raclage à la surface de cette coupe permet de recueillir une matière semi-liquide et trouble qui a l'aspect du suc cancéreux.

L'œsophage est le siége d'une ulcération profonde, déchiquetée, taillée pour ainsi dire dans la tumeur qui s'est détruite en partie ; ces débris de la tumeur, qui présentent les caractères du ganglion précédemment décrit, occupent la paroi antérieure et la face latérale gauche de l'œsophage dans une hauteur de 9 centimètres. Cette tumeur proéminente en dehors de l'œsophage est en rapport direct avec la carotide restée saine ; de la partie antérieure et supérieure de l'œsophage elle gagne le cartilage aryténoïde, qu'elle transforme en une masse irrégulière et indurée, et s'étend jusqu'à la base de l'épiglotte en englobant la corde vocale supérieure, qu'elle refoule en avant dans l'intérieur du larynx ; le ventricule gauche disparaît complétement ; le repli aryténo-épiglottique gauche est resté intact, ainsi que la corde vocale inférieure du même côté. L'examen histologique de la tumeur n'a pu être fait.

L'observation que l'on vient de lire peut donner lieu à plusieurs remarques, tant au point de vue professionnel

qu'à celui de la nosologie spéciale du larynx et à celui de la pathologie générale. On s'étonnera d'abord de voir un spécialiste adonné à la laryngoscopie méconnaître aussi complétement la nature de l'affection à laquelle il avait affaire, et continuer à promettre la guérison, non pas au malade (ce qui est toujours le devoir du médecin), mais à ses parents et notamment à un élève en médecine, qui est son neveu; on peut s'étonner du traitement suivi (notamment des applications répétées de sangsues à l'anus), du peu de préoccupation qu'ont inspiré à ce médecin le gargouillement œsophagien, les crachats sanguinolents, et du peu de soin qu'il a mis a rechercher les antécédents de famille, pourtant si décisifs. Ne voulant pas incriminer davantage sa conduite, qui a dû être consciencieuse, nous nous bornerons à montrer combien cet exemple prouve la nécessité imposée aux spécialistes de ne jamais perdre de vue les notions de la pathologie générale. Nous y voyons aussi une preuve des inconvénients que présentent ces nomenclatures superficielles, encore adoptées par bon nombre de laryngopathologistes, qui continuent à décrire des inflammations partielles de telle ou telle portion du larynx (aryténoïdites, chordites, épiglottidites, etc.), ou des apparences pathologiques grossières, telles que des laryngites hypertrophiques, œdémateuses, ulcéreuses, sans chercher à pénétrer plus avant dans la nature véritable de la maladie, par une enquête sévère portée sur tout l'organisme du sujet, sur ses antécédents pathologiques, sur les antécédents de toute sa famille, enquête qui peut seule conduire à un diagnostic complet, et à un traitement rationnel.

« Il n'y a pas grande utilité pour le malade, disions-nous dans un article précédent (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875, p. 285), à dire qu'il a une épiglottite, une aryténoïdite, ou une inflammation localisée à la paroi postérieure. Il y en a beaucoup au contraire à compléter ces diagnostics imparfaits en disant : il y a une épiglottite syphilitique, ou une infiltration inter-aryténoïdienne de nature tuberculeuse. L'idée spécifique qui en résulte est féconde, la localisation purement anatomique est stérile. » Dans le cas présent, le diagnostic

cancer était d'autant plus nécessaire à porter longtemps à l'avance, que, s'il laissait le praticien en partie désarmé au point de vue thérapeutique, il le mettait au moins à même de poser à la famille un pronostic certain, et d'échapper ainsi aux récriminations qui ne pouvaient manquer de se produire tôt ou tard. C'est ce que le Dr Bailly avait fort bien su faire et ce qui a été contesté, d'abord par un premier confrère dont le diagnostic : *rupture d'un vaisseau dans le larynx,* n'est qu'une vaine tautologie, appliquée à un cas d'hémorrhagie ; ensuite par le spécialiste auquel ses examens laryngoscopiques n'avaient pas fait soupçonner ce que les simples lumières de la pathologie ordinaire avaient fait reconnaître à notre distingué confrère.

Au point de vue de la pathologie générale, je veux surtout insister sur la coïncidence qui a eu lieu chez le sujet de cette observation entre l'existence d'une goutte ancienne, et celle d'une tumeur cancéreuse terminale. Nous avons eu l'occasion de citer déjà cette coïncidence dans nos cliniques, dans notre travail sur l'herpéto-arthritisme de la gorge (*Annales,* 1875, p. 208) et dans notre dernier article sur le cancer laryngien. (*Ibidem,* 1876, p. 18 et 19.)

OBLITÉRATION COMPLÈTE DU PHARYNX A SA PARTIE SUPÉRIEURE.

OPÉRATION ET APPLICATION D'UN APPAREIL POUR MAINTENIR UNE OUVERTURE EN ARRIÈRE DU VOILE DU PALAIS. — SYMPTÔMES. — PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Observation recueillie à l'Hôpital Temporaire, dans le service de M. le Dr **Lucas Championnière.**

Les angines chroniques amenant à leur suite des désordres profonds de l'arrière-gorge ne sont pas très-rares, elles sont surtout connues depuis ces dernières années. Les lésions syphilitiques et scrofuleuses du pharynx ont été récemment l'objet d'études nombreuses. Malgré cela, il y a une conséquence de ces lésions encore fort mal étudiée, parce qu'elle

est heureusement fort rare, l'oblitération complète des fosses nasales et du pharynx en arrière. L'observation suivante, très-étendue pour l'étude de la maladie et pour l'intervention opératoire, donne une juste idée de la maladie et des difficultés du traitement. L'application d'un procédé opératoire nouveau la rend particulièrement intéressante.

La nommée X..., modiste, âgée de 19 ans 1/2, se présenta, en juin 1875, au Dr Championnière, à l'hôpital de Lariboisière, se plaignant d'une infirmité des plus pénibles. Elle ne pouvait respirer que par la bouche ; il lui était impossible de se moucher ; elle était fort sourde, privée d'odorat ; en mangeant elle ne sentait pas la saveur des aliments ; il lui semblait toujours qu'elle mangeait de la terre. La parole, mal articulée, était peu distincte.

Elle avait été prise, vers l'âge de 12 ans, de maux de gorge qui s'étaient perpétués, et peu à peu elle avait senti quelque difficulté à respirer, jusqu'à ce que vers l'âge de 15 à 16 ans les choses en fussent venues à l'état actuel. En effet, depuis quatre ans son infirmité se maintenait, et sa surdité surtout la gênait beaucoup.

L'examen local montrait à la partie supérieure du pharynx le voile du palais en quelque sorte fusionné avec cet organe. La paroi du pharynx semblait rapprochée en avant, les piliers postérieurs du voile du palais étaient confondus avec cette paroi et ne faisaient plus de saillie. En arrière, un sillon peu marqué indiquait le point de fusion du voile du palais et du pharynx ; et, sur la ligne médiane, on voyait un débris de luette. La coloration des parties était un peu violacée.

Le toucher était difficile à pratiquer, parce que tous ces points étaient d'une grande sensibilité. On put constater cependant que le fond de la gorge était résistant, en haut et en arrière, comme s'il y eût eu là une grande épaisseur de tissus ; et, en passant une sonde par les fosses nasales, on ne la sentait pas sur le doigt.

La malade ne présentait du reste point d'autres lésions ; sa santé habituelle était bonne ; elle était bien réglée. De petite taille, elle ne portait pas de traces manifestes de scrofule ; cependant elle avait été fréquemment malade dans son enfance. Elle n'avait aucune trace de lésion syphilitique, et ses réponses fort nettes niaient tout antécédent. Elle était, du reste, fort intelligente, ce qui facilitait l'examen et les opérations.

En la faisant souffler, la bouche fermée, on constatait qu'il ne passait point d'air du pharynx dans les fosses nasales ; et, de même, en la faisant aspirer on voyait qu'il ne passait rien des fosses nasales dans la bouche.

M. Championnière pensa qu'il serait possible de rétablir une voie pour le passage de l'air. Il savait, toutefois, que les opérations de ce genre ne donnent guère de résultats et que dans la plupart des observations connues l'intervention chirurgicale avait été imparfaite ; on avait fait surtout un simple trou au voile du palais, par la bouche ou par les fosses nasales, et le résultat ultérieur avait été nul. Seul, Hopp, de Bonn, avait publié une observation d'opération plus complexe, mais n'ayant pas donné un résultat bien satisfaisant.

Il crut d'abord pouvoir obtenir une large voie bien placée en coupant avec les ciseaux et le bistouri au fond du pharynx, en remontant jusque vers une sonde placée par les fosses nasales au-dessus du plan d'oblitération.

La malade fut préparée par l'administration du bromure de potassium : deux, puis quatre grammes par jour, pour insensibiliser la gorge ; ce qui fut assez long à obtenir. L'opération fut pratiquée le 23 juillet 1875.

Les difficultés furent grandes ; la sonde des fosses nasales ne pouvait être sentie par le pharynx à travers les parties molles oblitérantes. Dans le pharynx, en arrière, la muqueuse fut disséquée péniblement, et ce ne fut qu'après de laborieuses recherches qu'il devint possible d'inciser et de faire passer une sonde de Belloc en arrière. L'orifice fut agrandi de chaque côté, puis un fil fut passé successivement dans chaque fosse nasale, permettant ensuite de conduire dans les fosses nasales et derrière le voile du palais deux rubans de caoutchouc destinés à maintenir béante la voie créée. Un point de suture fut placé sur le voile du palais à l'endroit où il avait été incisé.

L'opération avait atteint son but, la malade soufflait et respirait par le nez ; mais il n'y avait là qu'une sorte de tunnel creusé en arrière du voile du palais dans une masse charnue cicatricielle, et il était fort à craindre que l'oblitération ne se refît bien rapidement.

Les suites de l'opération furent très-simples, les douleurs s'apaisèrent rapidement. Les rubans furent laissés en place. M. Championnière projetait de faire faire un appareil pour les remplacer et maintenir ou même augmenter la dilatation. Huit jours après l'opération il quitta Paris, et la malade fut malheureusement perdue de vue.

Ce fut environ trois semaines après l'opération qu'on lui retira les rubans de caoutchouc.

La satisfaction de la malade fut d'abord très-vive ; l'air passait bien ; elle respirait, se mouchait, sentait et pouvait goûter ; elle entendait distinctement. Cette satisfaction ne fut pas de longue durée, car en trois semaines l'oblitération était revenue avec tous ses inconvénients.

M. Championnière revit la malade à la fin de septembre.

L'oblitération était absolue. Il semblait même qu'elle fût plus complète qu'avant l'opération, car on voyait à peine une saillie sur la ligne médiane à l'endroit où le voile du palais se confondait avec le pharynx ; il y avait une sorte d'infundibulum avec une cicatrice radiée bien marquée au centre.

La surdité était revenue, et avec elle la perte de l'odorat et du goût. La difficulté de respirer s'était reproduite. En un mot, tous les symptômes étaient les mêmes.

La malade demandait une nouvelle opération. La première opération lui ayant appris les difficultés et l'insuffisance de ses manœuvres, M. Championnère adopta cette fois un plan bien différent.

Il pensait que, pour obtenir un résultat qui eût chance de persister, il fallait faire une large voie et rétablir dans les parties une disposition voisine de celle qui existe à l'état normal. Il fallait aussi, pour que cette voie eût quelque utilité et ne troublât point les fonctions, qu'elle fût le plus loin possible en arrière et bien vers la paroi postérieure.

Cependant la première opération lui avait démontré l'impossibilité de cheminer directement en arrière, de bas en haut, sans guide aucun et dans une grande étendue en incisant la masse des tissus indurés.

Mais immédiatement derrière la voûte palatine, au point où s'insère le voile du palais, l'épaisseur des tissus ne devait pas être considérable. On devait, en enfonçant directement un bistouri en haut, pénétrer dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Ce résultat obtenu, on pouvait alors inciser directement d'avant en arrière toute l'épaisseur des tissus jusqu'à la paroi du pharynx ; là, on pourrait de chaque côté couper, avec des bistouris courbes, les tissus autant que l'on voudrait et détacher de chaque côté des lambeaux très-analogues à ceux que forme un voile du palais coupé en deux. En faisant cela, on rétablirait l'ouverture de la partie supérieure du pharynx exactement au siége de l'obturation. Si on venait ensuite à suturer ces deux lambeaux on

aurait un véritable voile du palais, et derrière lui une large ouverture béante. On passerait alors des rubans de caoutchou par le nez et la bouche pour maintenir l'ouverture.

Quand ceux-ci devraient être retirés, on n'abandonnerait pas l'ouverture à elle-même, on y placerait une sorte de tuyau pour la maintenir béante.

Ce plan fut suivi de point en point. La malade fut préparée par le bromure de potassium et opérée le 23 octobre 1875, à l'Hôpital Temporaire. L'opération fut longue et laborieuse, mais moins que la première. Elle dura 1 heure 1/2 au lieu de 2 heures, et fut bien mieux supportée. L'écoulement de sang fut modéré. La mobilisation des lambeaux fut faite autant avec un grattoir qu'avec les ciseaux courbes et le bistouri.

Quatre points de suture d'argent furent placés sur ce nouveau voile du palais, et M. Championnière passa l'index avec la plus grande facilité derrière le voile dans les fosses nasales. Avec une sonde introduite par les deux narines successivement on plaça deux fils, puis deux rubans de caoutchouc.

Ces rubans, larges de deux centimètres environ, furent très-facilement placés et formèrent des anneaux fermés en avant de la bouche. Ils devaient assurer la perméabilité de la voie nouvelle, tout en constituant dans la plaie un corps étranger peu offensif.

En effet, les suites de l'opération furent encore très-simples; il y eut un peu de gonflement de la face, et durant les trois premiers jours la malade se plaignait d'être fort gênée par les caoutchoucs qui l'empêchaient de rapprocher les dents. La partie antérieure de ceux-ci fut coupée et remplacée par des fils; dès lors, la malade n'était plus gênée; elle buvait du lait en grande quantité.

Au bout de quinze jours les points de suture du voile du palais furent enlevés; la réunion était parfaite, et au bout de trois semaines la malade fut débarrassée des rubans de caoutchouc. Le seul traitement local appliqué avait consisté dans quelques injections abondantes d'eau tiède dans les fosses nasales.

A ce moment, on introduisait facilement l'index derrière le voile du palais et la respiration était facile, mais il s'agissait de maintenir ce résultat. L'ouïe était revenue et aussi le goût; la voix s'entendait fort mal, et les aliments revenaient souvent par les fosses nasales.

M. Championnière demanda alors à l'habile fabricant, M. Collin, de construire un appareil qui pût se placer dans cette ouver-

ture artificielle, la maintenir dilatée tout en laissant passage à l'air, et M. Collin construisit un petit appareil très-simple, une sorte de tube d'argent recourbé ; deux branches le fixent aux molaires. L'appareil est léger, point gênant, facile à mettre et à ôter. La malade le retire chaque matin pour le nettoyer et le remet elle-même. Jusqu'à présent, les résultats ont été satisfaisants.

L'ouverture s'est maintenue ; la malade se montre tous les huit jours à l'hôpital, et on lui passe l'index dans l'arrière-gorge pour dilater un peu.

Si la tendance au rétrécissement se prononçait, il suffirait, par des incisions latérales, de donner du jour de chaque côté.

Il est peu probable que la malade puisse jamais se passer d'appareil, l'oblitération reviendrait. Ce ne serait même pas une heureuse condition au point de vue de la parole, qui, avec cette sorte de voile du palais cicatriciel, serait mauvaise.

La respiration est facile. De même, la malade se mouche facilement.

Elle a repris l'odorat et goûte ses aliments.

Elle a d'abord bien entendu, puis elle a été reprise de surdité. Le cathétérisme a permis de constater que les trompes sont bien perméables. Mais elle a un peu de catarrhe de la trompe, ce qui lui donne une surdité incomplète dont on la débarrassera sans doute.

L'appareil, excellent pour le début, ne saurait être considéré comme un bon appareil définitif, parce qu'il présente quelques desiderata. Quelquefois, les aliments solides refluent par son canal. Il se déplace trop facilement. La voix est sensiblement nasonnée ; il est probable que ces inconvénients seront faciles à éviter, dans la modification qui en sera faite.

Chez cette femme, l'observation est remarquable au point de vue d'abord du procédé opératoire qui assurera, à tous ceux qui opéreront dans ces cas, la possibilité de créer immédiatement une large voie.

Il est fort curieux aussi de voir combien sont profondes les modifications des phénomènes respiratoires et des sensations dans cette oblitération sus-pharyngienne.

On peut dire que sur la nature et l'origine de la lésion il reste quelques incertitudes, et cependant on doit supposer qu'il s'agissait ici plutôt des conséquences d'angines inflammatoires ou strumeuses que de lésions syphilitiques. Outre qu'il n'y avait point d'antécédents et que la femme était très-jeune, la sensibilité excessive de l'arrière-gorge etait bien marquée. Or, on a noté

depuis longtemps que les lésions syphilitiques qui amènent les rétrécissements du pharynx entraînent constamment l'insensibilité des parties. M. Championnière lui-même avait eu l'occasion de le constater dans tous les cas qu'il avait observés. C'était donc pour cette jeune fille une raison de plus de ne pas croire à la nature syphilitique de la maladie.

Sur tous ces points, les documents sont très-rares ; on trouvera des observations dans un travail de M. Chrysaphis, où sera publiée l'étude des malades opérés par quelques autres chirurgiens et de celle-ci surtout au point de vue de la physiologie et de la médecine opératoire.

— Cette note était imprimée, lorsque dans la séance du 12 avril, à la Société de chirurgie, M. Verneuil fit une communication sur un cas d'adhérences du voile du palais au pharynx, opéré par lui dans le courant de l'année dernière. Il s'agissait d'une femme encore en puissance de syphilis, qui présentait des adhérences du voile du palais, une oblitération incomplète de la voie naso-pharyngienne, car on pouvait faire passer un stylet par un pertuis sur la ligne médiane. Mais le courant d'air ne pouvait passer. Après avoir préparé la malade par un traitement approprié, M. Verneuil l'endormit et lui fit des incisions latérales au niveau du pertuis, puis agrandit, par déchirure avec les doigts, cet orifice.

Il passa d'abord un appareil de petits tubes de caoutchouc, rangés en flûte de Pan, pour maintenir l'ouverture. Puis, peu à peu l'orifice se rétrécit, et il semble aujourd'hui se maintenir sans appareil à un état tel qu'il permet le passage d'une sonde. Cette étroite ouverture suffit à faire disparaître tous les inconvénients inhérents à l'oblitération, et on peut espérer que cet état se maintiendra.

M. Championnière en rappelant l'observation précédente fait remarquer qu'elle différait beaucoup du cas de M. Verneuil, non-seulement au point de vue de l'origine nettement syphilitique, mais au point de vue des lésions et de l'intervention nécessaire. Il faut bien distinguer, au point de vue du pronostic, ces oblitérations en masse de celles de ces adhérences, où les parties sont minces et en surface. Dans ces derniers cas, l'opération est beaucoup plus simple et le résultat se maintiendra bien plus facilement. Mais lorsqu'il s'agit de ces cas, en définitive fort rares, où l'oblitération est constituée par une masse épaisse, aucune opération n'a encore donné les résultats immédiats ou consécutifs obtenus à l'Hôpital Temporaire.

ANGINE, CATARRHE DE L'OREILLE MOYENNE.

IRRITATION DE LA CORDE DU TYMPAN AVEC DOULEURS NÉVRALGIQUES, ÉRUPTION DE ZONA AU NIVEAU DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET SALIVATION.

Par le Dr **Guerder.**

Pétri (Louis-Victor), âgé de 22 ans, soldat au 1er bataillon de chasseurs à pied, à Longwy, fut atteint, le 12 novembre 1875, d'un coryza suivi d'une angine tonsillaire. Cinq ou six jours après, il se produisit de la surdité du côté droit, accompagnée de douleurs et de sifflements dans l'oreille. Ces phénomènes se dissipèrent rapidement, sauf la surdité qui persista.

Vers la fin de janvier 1876, nouveau coryza encore suivi d'angine, moins intense que la première, et qui ne dura que trois jours. Mais aussitôt après survinrent de nouveau des douleurs dans l'oreille et une éruption herpétique au niveau de la glande sous-maxillaire inférieure droite; cette éruption, très-confluente, avait une étendue de 4 centimètres sur 2 et 1/2. Les douleurs d'oreille étaient vives, lancinantes, comparées par le malade à des piqûres d'aiguilles. Elles s'étendaient, d'après le malade, du tragus vers l'éruption et s'accompagnaient de salivation. Elles présentaient plusieurs exacerbations par jour, surtout vers le soir, et le malade ne pouvait rester au lit. Pendant ces exacerbations, la salivation était extrêmement abondante, et la surdité beaucoup plus intense. La pression n'exerçait nulle part aucune influence sur elle. Pas de trace de stomatite. Cette affection, abandonnée à elle-même, guérit rapidement, mais la surdité qui persistait dut être traitée, et disparut facilement à l'aide de quelques douches d'air faites par la trompe d'Eustache.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres, d'abord par sa rareté. Les catarrhes de la caisse donnent souvent lieu à des douleurs s'irradiant souvent dans divers sens, mais je ne connais pas d'observations d'une névralgie franche qui en ait été directement la conséquence.

Mais au point de vue physiologique son intérêt est bien plus grand. Sous l'influence du catarrhe de la caisse, il s'est produit une névrite ou une périnévrite de la corde du tympan dans son trajet le long de la surface interne du tympan. C'est à cette irritation du filet nerveux que sont dues l'éruption de zona et les douleurs névralgiques.

La salivation abondante qui accompagnait ces douleurs semble

confirmer cliniquement les recherches physiologiques de M. Claude Bernard sur les fonctions de la corde du tympan, et c'est aussi à cause de cette salivation que nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic de névralgie de la corde du tympan.

ANALYSES.

Du muscle tenseur du tympan et de sa section, comme moyen curatif.

Par Weber-Liel. (*Virchow's Archiv*, LXIIe Band.)

La section du muscle tenseur du tympan a été mentionnée il y a vingt-cinq ans par Hyrtl, dans son anatomie topographique; cet auteur avait pensé que la ténotomie pourrait être utile dans les cas de dysécie accompagnés de tension exagérée de la membrane du tympan. Lorsque Politzer démontra qu'une tension trop forte de cette membrane pouvait produire secondairement des troubles labyrinthiques, on aurait pu également penser à cette opération, c'est ce que fait remarquer de Tröltsch dans une des éditions les plus récentes de son ouvrage, à propos des recherches de Politzer. La conception toute théorique de la ténotomie n'avait donc pas été réalisée avant Weber-Liel et, bien que l'idée ne lui appartienne pas en propre, cet auteur est le premier qui l'ait étudiée au point de vue pratique. Après de nombreuses expériences sur le cadavre, il fit l'opération en 1867 sur plusieurs personnes atteintes de surdité complète. Ces premières observations ont été publiées en 1868 dans le *Monatschrift für Ohrenheilkunde*. Actuellement, les données de l'auteur s'appuient sur une expérience de cinq années comprenant un nombre de 225 opérations, pratiquées sur 188 malades, nombre suffisant pour faire connaître la valeur thérapeutique de sa méthode.

Le nouveau moyen curatif a été employé surtout dans les cas d'otite chronique et de surdité progressive, accompagnées de troubles labyrinthiques, bourdonnements d'oreille,

vertiges, etc., et caractérisés par une tension exagérée de la membrane du tympan. Par des recherches anatomiques et cliniques, l'auteur a été conduit à attribuer les accidents que je viens de citer au raccourcissement du muscle et à admettre que la section du tendon pourrait, sinon faire disparaître tout symptôme morbide, amener du moins une amélioration durable.

Dans une série de 38 autopsies faites en une année, et dont les pièces ont été prises sur des sujets qui avaient été atteints de surdité ou de bourdonnements d'oreille et examinés pendant la vie, les mensurations faites à la loupe ont donné les résultats suivants: la longueur du tendon, qui s'élève en moyenne chez les individus sains à 2 ou 2 ^{mm} 1/2, n'était dans 23 cas que de 1 1/4, 1 et 1/2 ^{mm}, et dans 6 cas, le tendon était tellement raccourci que la chaîne des osselets s'était déplacée complétement, le marteau étant appliqué sur la paroi du labyrinthe. Cette altération coïncidait généralement avec différentes lésions de la caisse, notamment l'épaississement de la muqueuse, l'obstruction des fenêtres du labyrinthe, des collections liquides, et des soudures en divers points de la chaîne des osselets, etc., etc. Dans neuf cas il n'y avait dans la caisse aucune autre modification ; 19 fois on constata, par l'examen microscopique, la dégénérescence graisseuse du tenseur du tympan, 14 fois le muscle stapédius était en même temps dans un état plus ou moins avancé d'atrophie, conséquence probable de la lésion du muscle tenseur.

D'après l'auteur, ces recherches prouvent que le raccourcissement du muscle tenseur produit les altérations suivantes :

1° Le tympan est fortement tendu dans diverses directions et attiré en dedans ;

2° La chaîne des osselets est comprimée et incapable de tout mouvement d'oscillation ;

3° L'immobilité de la chaîne et sa raideur ont pour résultat d'appliquer l'étrier contre la paroi labyrinthique, ce qui diminue les vibrations du liquide du labyrinthe et cause la compression des organes contenus dans l'oreille interne.

Les symptômes subjectifs liés à ces désordres sont, outre l'affaiblissement de l'ouïe, une sensation de pression dans l'oreille interne, des bourdonnements et du vertige auditif. Si la maladie n'est pas combattue à temps, il est clair que non-seulement il y aura des altérations de l'appareil conducteur, mais aussi qu'il se produira des lésions des nerfs et des troubles de circulation et de nutrition dans le labyrinthe.

L'auteur chercha à remédier à cet état par différents moyens; il tenta d'allonger le tendon par une raréfaction méthodique de l'air du conduit auditif externe, en employant ce procédé, soit seul, soit combiné avec la douche d'air. Il essaya également de l'électrisation intra-tubaire, de la perforation réitérée de la membrane du tympan et même de l'excision d'une portion de cette membrane. Tous ces moyens n'ayant amené aucun résultat durable, l'auteur pensa que la ténotomie seule pourrait remédier à la tension du tympan et diminuer la compression du labyrinthe.

La section du muscle tenseur ne fut pas acceptée sans contestation, et plusieurs voix autorisées s'élevèrent contre une opération qui suspendait l'action d'un muscle indispensable à l'audition et exposait à la lésion d'organes voisins et peut-être à des désordres irréparables. L'auteur discute avec soin ces objections et démontre, d'une part, que l'ouïe n'est pas incompatible avec la perte du muscle tenseur du tympan ou même de plusieurs osselets, et d'autre part, que la ténotomie ne vient jamais que comme une ressource extrême après que tous les moyens connus ont été employés sans succès. Il faut penser qu'il s'agit d'un organe qui ne fonctionne plus, et d'une affection de longue durée contre laquelle on est en droit de tenter un traitement qui n'a en somme aucun inconvénient bien sérieux. En supposant même une erreur grossière de diagnostic, en supposant que la ténotomie faite inconsidérément n'ait nullement modifié le processus morbide, il est démontré par des faits que l'opération n'a pas dans ce cas empiré la situation.

La ténotomie a donné des résultats favorables principalement contre les bourdonnements progressifs et le vertige au-

ditif, ceci non-seulement dans les cas où les symptômes objectifs du côté du tympan démontraient l'existence d'un raccourcissement du tendon, mais même dans ceux où ce raccourcissement ne semblait pas prouvé par l'examen direct.

Le résultat fut variable suivant les malades, suivant la nature du processus morbide, le degré d'intensité et l'ancienneté de la lésion et ses complications. En général l'effet curatif a été d'autant plus prononcé que la maladie était moins grave et surtout moins ancienne. On peut espérer un résultat définitif favorable, lorsque les aspirations pratiquées dans le conduit auditif externe après l'opération, amènent une diminution bien nette des bourdonnements. Il est essentiel d'ailleurs de maintenir la perméabilité de la trompe par la douche d'air, qui maintient l'élasticité de la membrane du tympan et empêche la reproduction du tendon; celle-ci s'est montrée dans plusieurs cas où la douche d'air n'avait pas été employée.

Après l'opération il y a rarement une amélioration immédiate, cependant quelquefois les bourdonnements cessent de suite et la capacité auditive est augmentée, ces progrès ne dépendent pas, comme on pourrait le croire, de la perforation du tympan, car ils persistent après la cicatrisation de cette membrane.

Le manuel opératoire est assez simple; il n'est pas nécessaire d'endormir le malade, il est seulement essentiel que la tête soit maintenue dans une position fixe; l'auteur conseille pour cela de faire asseoir le malade sur un siége peu élevé auprès d'une table, de telle façon qu'il puisse appuyer la tête sur son bras reposant lui-même sur la table; un réflecteur fixé dans une position convenable est placé de façon à éclairer le fond du conduit auditif. Pour la perforation du tympan et la section du tendon, l'auteur se sert d'un ténotome coudé de son invention dont l'extrémité mobile peut, à l'aide d'un mécanisme adapté au manche de l'instrument, faire un quart de rotation. L'incision doit être faite à quelques millimètres au devant et en dessous de la courte apophyse du marteau, à l'aide de l'extrémité antérieure du ténotome. Celui-ci dès

qu'il a pénétré dans la caisse se trouve placé sur le tendon du muscle, si on a soin de le maintenir tout près du manche du marteau; lorsque l'opérateur sent l'instrument en contact avec le tendon il opère le mouvement de section. On entend à ce moment quelquefois un bruit de craquement, l'extraction du ténotome réclame beaucoup de calme et de précaution.

L'opération cause peu de douleur, celle-ci se montre seulement lors de la perforation du tympan, et il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. Si le malade à soin de rester au repos et d'envelopper l'oreille avec des compresses mouillées, la plaie du tympan est cicatrisée au bout de 3 à 6 jours, sans réaction inflammatoire.

Dr Danjoy.

Contribution à l'étude du catarrhe rétro-nasal,

par le Dr Beverley Robinson.

Mémoire lu à la Société de médecine de New-York, le 27 septembre 1875; analysé par le Dr **Émile Tillot.**

L'auteur commence par insister sur l'état d'obscurité dans lequel se trouve encore cette affection, tant au point de vue de la pathologie que du diagnostic et de la thérapeutique. Les médecins sont cependant à peu près d'accord maintenant sur la nécessité de l'association d'un traitement général et local.

Le Dr Robinson examine tout d'abord la question du diagnostic et recommande d'employer certains instruments dont les plus essentiels sont un petit miroir, un réflecteur, un abaisse-langue et une source lumineuse. Cependant le spécialiste le plus exercé et pourvu de ces moyens, ne peut parvenir encore à examiner tous les points de la muqueuse des fosses nasales ; si le malade est nerveux et ne peut supporter le miroir rhinoscopique, ou si l'espace entre le voile du palais et le pharynx est très-étroit, l'examen est même quelquefois tout à fait impossible.

L'étude des lésions pathologiques du catarrhe rétro-nasal est très-peu avancée à cause de la rareté des autopsies,

cette affection n'entraînant que très-rarement la mort; si le malade qui en est atteint vient à succomber à la suite d'une affection aiguë ou chronique intercurrente, c'est celle-ci qui attire l'attention du médecin chargé de la nécropsie, et il ne se préoccupe pas de rechercher les désordres produits par le catarrhe rétro-nasal.

Envisagée au point de vue clinique, la question se trouve un peu plus élucidée, mais pas encore suffisamment; beaucoup de médecins de nos jours, disposés à attribuer une importance excessive aux lésions, négligent la pathologie générale, c'est-à-dire la philosophie de la science, et de tous côtés se manifeste le désir de localiser les agents nuisibles et de limiter leurs effets et leur action à quelque tissu ou organe particulier; ceci s'applique spécialement aux affections catarrhales, car sans attacher une grande importance aux circonstances accessoires, on attribue fréquemment leur développement à l'influence d'agents qui n'ont qu'une action topique et on les considère comme produites par une réunion de causes purement accidentelles. Mais comme ces affections atteignent quelquefois un grand nombre d'individus, l'interprétation ci-dessus énoncée n'est plus exacte et il faut bien reconnaître une influence spéciale, climatologique ou atmosphérique; cette opinion rallie toujours bon nombre de partisans, bien que malgré des investigations suivies et répétées, on n'ait pu encore isoler dans l'atmosphère le contagium ou principe infectieux.

Ce qui précède a une application directe à notre sujet, comme on le reconnaîtra plus loin; dans les anciens temps, à l'époque d'Hippocrate et de Galien, on croyait que le catarrhe nasal avait son origine dans le cerveau même, et que la sécrétion aqueuse, muqueuse ou purulente, était un produit de la substance du centre nerveux devenue malade; plus tard, et après les recherches si complètes de Schneider, ces idées fausses furent abandonnées; il fut alors admis d'une façon absolue que le rhume de cerveau était une maladie du sang et que les sécrétions morbides venaient des petits vaisseaux sanguins de la pituitaire. Il n'y a pas plus d'un demi-siècle, le monde médical était partagé en deux

groupes : les uns considérant toutes les inflammations catarrhales, sans égard à leur siége, comme la manifestation d'un état général constitutionnel, les autres les regardant comme ayant un caractère purement inflammatoire et dues seulement à des influences extérieures ; actuellement, c'est la dernière opinion qui prévaut.

A New-York, à Boston et à Philadelphie, le catarrhe nasal sévit avec une grande intensité, aussi bien sur les hommes que sur les femmes, sur les enfants que sur les vieillards ; la fréquence de cette maladie est attribuée, non sans raison, à l'humidité froide de la température ; cependant il faut reconnaître que certaines personnes sont plus disposées que d'autres à la contracter.

Mais le catarrhe rétro-nasal ne doit pas être confondu, comme on le fait d'habitude, avec la rhinite ordinaire ; il ne s'agit pas là d'un simple état inflammatoire de la pituitaire, et la thérapeutique n'est pas la même pour ces deux maladies. Sans doute, on ne peut nier qu'un coryza aigu ou chronique ne soit une cause prédisposante et quelquefois même déterminante du catarrhe, mais pour le développement et la persistance de cette dernière affection, il faut de toute nécessité admettre l'existence d'une disposition diathésique du sujet.

Il est temps à présent de dire ce qu'il faut entendre par cette dénomination, catarrhe rétro-nasal chronique. Le Dr Robinson comprend sous ce nom la maladie folliculeuse chronique des cavités nasales et naso-pharyngées. Cette affection est-elle la même que celle qui a été observée par le Dr Horace Green, dans le larynx et le pharynx, et qu'il a décrite sous un nom semblable ? Le Dr Robinson serait assez disposé à le croire, mais il ne peut l'affirmer positivement ; il a vu en effet des cas manifestes d'affections folliculeuses ou granuleuses occupant l'isthme du gosier et le pharynx, qui ne s'accompagnaient pas de développement hyperglandulaire des régions situées au-dessus, et dans lesquelles il n'existait ni hawking ni mucus filamenteux tombant du voile du palais, phénomène si caractéristique dans le catarrhe rétro-nasal.

L'affection folliculeuse des fosses nasales est caractérisée

par deux symptômes constants : 1° sensation de plénitude oppressante (*oppressive stuffiness*) dans la partie supérieure et postérieure des fosses nasales ; 2°. l'écoulement d'une quantité plus ou moins grande de mucus, tantôt sous la forme de pelotons d'une sécrétion tenace, visqueuse, inodore, incolore, enveloppés par des crachats aérés et mousseux, tantôt sous l'apparence de flaques épaisses, larges, jaunâtres ou verdâtres de matière mucoso-purulente. Tous les autres symptômes (et leur nom est légion) généralement attribués au catarrhe, peuvent exister ou non, mais ils ne sont pas pathognomoniques.

La sensation de plénitude est sans doute occasionnée en grande partie par la présence des crachats, quoi qu'elle soit souvent aggravée ou rendue plus difficile encore à supporter à cause de l'hypertrophie des cornets (*hypertrophy of the turbinated bones*). En faisant ouvrir médiocrement la bouche du malade, on peut apercevoir quelquefois la sécrétion morbide qui tombe goutte à goutte et lentement sur la paroi postérieure du pharynx ; dans les degrés moins avancés, pour bien voir ce détail il est nécessaire de faire usage du miroir rhinoscopique : on voit alors le mucus pendant de la voûte du pharynx ou de la partie supérieure de la cloison des fosses nasales, à l'instar des stalactites qui descendent de la partie supérieure d'une grotte.

Si l'affection est ancienne ou a été négligée, les masses de mucus ou de muco-pus se durcissent, s'épaississent, et bien qu'elles restent en contact avec la muqueuse, celle-ci perdant sa sensibilité, les malades ne s'aperçoivent plus de la présence de ces produits étrangers ; ils ne font plus aucun effort pour les détacher et les expulser, et ceux-ci s'accumulent sur leur siége primitif. Il est facile de se rendre compte de l'endurcissement du mucus ; l'air qui passe continuellement à travers les fosses nasales, enlève, par une sorte d'évaporation, toute l'humidité qui y était contenue. Mais ce n'est pas là le seul inconvénient du séjour du mucus dans ces régions : la décomposition lui fait prendre une mauvaise odeur dont on a beaucoup de peine à débarrasser les malades, même à l'aide de désinfectants.

Dans quelques circonstances, la présence de ce mucus est encore la cause d'ulcérations, parfois même de nécrose : le siége de ces ulcérations est tout naturellement d'abord celui des masses concrètes de mucus, mais à la dernière période de la maladie, et quand les ulcérations existent depuis quelque temps, elles peuvent se rencontrer, non-seulement sur la cloison, mais aussi sur la voûte du pharynx, ou bien sur les cornets et sur les parois des fosses nasales. Excepté les cas où les extrémités postérieures des cornets ou des fosses nasales, tout près de la région naso-pharyngée, sont ulcérées, on ne saurait se rendre compte de l'étendue des ulcérations pendant la vie, et on peut seulement soupçonner leur existence par induction. La sécrétion muqueuse ou muco-purulente est le produit des follicules glanduleux situés sur la voûte et sur les parois latérales de la partie supérieure du pharynx, ainsi que sur les deux côtés des bords postérieurs de la cloison, et sur les extrémités postérieures des cornets.

Quelquefois, il semble que les glandes muqueuses, situées dans les cellules postérieures de l'ethmoïde, et dont les recherches récentes nous ont prouvé l'existence, entrent pour une certaine part dans l'augmentation de la sécrétion morbide, comme le prouve la chute du mucus filamenteux derrière le palais, surtout lorsque le malade est dans le décubitus dorsal. Le mucus le plus visqueux et le plus épais paraît provenir des follicules glanduleux de la partie postérieure de la région qui nous occupe ; quant à la sensation d'obstruction éprouvée par les malades, elle provient probablement d'une infiltration temporaire ou permanentes des couches muqueuses ou sous-muqueuses.

Lorsque la pituitaire qui recouvre les régions antérieures et moyennes de la cloison et des cornets s'épaissit assez pour amener le contact entre les parois des fosses nasales, cette compression peut être suffisante pour oblitérer presque complétement l'orifice extérieur des follicules, et, par conséquent, diminuer ou supprimer l'écoulement de la sécrétion glanduleuse. Il est à présumer que la sensation de sécheresse, accusée par les malades, tient à ce que l'obstruction s'étend jusqu'au canal nasal et empêche ainsi l'écoulement des larmes

par les voies naturelles, mais l'hypertrophie des tissus n'est pas un symptôme habituel du catarrhe nasal, elle en est plutôt une conséquence ou une complication.

Le siége anatomique et les conditions de l'affection folliculeuse étant différents, le traitement diffère également. Il est certain que les personnes affectées de cette maladie peuvent avoir, comme d'autres, des ulcérations de la cloison, des cornets, de la voûte des fosses nasales, des végétations ou des polypes prenant leur origine sur différents points de ces régions ; mais ces excroissances, ces productions hétérogènes, ne peuvent être considérées comme constituant des éléments nécessaires de l'affection folliculeuse ; il est donc à propos de bien diagnostiquer ces lésions du catarrhe simple et de ne pas pécher par ignorance en les confondant avec lui ; c'est un grand avantage pour le médecin de pouvoir s'aider des moyens d'investigation que la science moderne met à son service, pour reconnaître le traitement qui convient à la maladie qu'il a au préalable diagnostiquée avec une certitude presque absolue.

Le Dr Robinson, partant de cette idée que l'affection folliculeuse est sous la dépendance d'un état général, considère le traitement anti-diathésique comme ayant une importance capitale ; le fer, la quinine, l'huile de foie de morue, l'arsenic et la strychnine sont les médicaments les plus usités, et avec d'autant plus de raison que la plupart des malades présentent une apparence d'anémie, de maigreur, ou sont dans un état d'affaiblissement général, dans lequel le système nerveux entre pour une bonne part. Néanmoins, si beaucoup de cas de catarrhe sont greffés sur un organisme usé ou affaibli, cas dans lesquels les médicaments indiqués ci-dessus sont très-utiles, bien des malades ont toutes les apparences de la santé la plus florissante et ne réclament nullement l'usage d'un traitement tonique ; cependant on ne peut nier que l'usage habituel des bains froids, une alimentation azotée, l'exercice à l'air libre, aidé à l'occasion par un traitement tonique quand la santé est un peu affaiblie par un excès de travail ou des causes morales, ne puisse combattre les pernicieux effets d'une prédisposition individuelle ou d'une influence climaté-

rique. Mais si on laisse s'établir le catarrhe rétro-nasal, les deux dernières causes ci-dessus mentionnées rendront la guérison complète tout à fait impossible, malgré l'emploi combiné des médications générales et locales. D'après le Dr Robinson, on peut cependant triompher de ces difficultés en employant d'une façon régulière un médicament interne, qui agisse sur les glandes et sur la muqueuse de la gorge et du nez, tout en recourant à l'usage de médicaments topiques qui répondent également à cette indication. Pour remplir le premier de ces desiderata, l'auteur américain a essayé tous les agents de la matière médicale qui passent pour être efficaces dans les maladies des muqueuses, à savoir : le chlorate de potasse et l'iodure de potassium, le carbonate et le chlorydrate d'ammoniaque, la gomme ammoniaque, le gaïac, l'ipéca, la scille, le mercure, le cubèbe et le copahu ; il a employé tous ces agents seuls ou dans diverses combinaisons, à petites ou fortes doses, d'une manière continue ou interrompue.

Chacun de ces médicaments a paru être avantageux aux malades, et le bénéfice qu'il a procuré a été de plus ou moins longue durée, mais aucun n'a déterminé de vraie guérison. d'après la diversité des succès obtenus, l'auteur a été amené à conclure que la maladie folliculeuse est simple ou catarrhale, ou bien, ce qui est le plus fréquent, qu'elle dépend de la goutte, de l'herpétisme, de la syphilis, de la scrofule et des tubercules.

Les médicaments qui ont paru au Dr Robinson les plus utiles contre l'affection folliculeuse, lorsqu'elle n'est greffée sur aucune diathèse, sont le soufre, le cubèbe et la gomme ammoniaque.

Le soufre est un médicament fort utile aux yeux des observateurs européens et principalement des français, dans les affections de la gorge et des bronches. Mais dans les États-Unis, on ne lui accorde pas la même efficacité ; le Dr Robinson ne le trouve pas aussi actif, employé sous forme de pulvérisation dans les fosses nasales, que lorsqu'il est introduit dans les voies digestives.

D'après le Dr Robinson, le cubèbe est une drogue très-

puissante ; seul ou associé à des poudres ou à des solutions topiques, il exerce une grande action dans les affections dont il s'agit ; employé sous forme d'oléo-résine, il ne lui a pas réussi ; mais après avoir lu le remarquable travail du Dr Trideau, concernant son emploi dans la diphthérie, l'auteur a eu l'idée de l'essayer en poudre sous forme de mixture, à doses élevées, continuées pendant longtemps ; voici la préparation qu'il recommande à cet effet :

Poudre de cubèbe.........	60	grammes.
Sirop d'oranges...........	90	—
Eau de menthe poivrée....	60	—
Eau.....................	240	—
M.		

Prendre de ce mélange une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures, soit 8 à 10 cuillerées à thé dans les 24 heures.

Le seul inconvénient de cette préparation est de causer des nausées, de la diarrhée, ou bien une éruption érythémateuse ou papuleuse ; comme le cubèbe est éliminé en nature, au moins pour une partie, par les follicules de la gorge et du nez, la viscosité de la sécrétion diminue peu à peu, la sensation de plénitude et le constant *hawking* diminuent aussi, en même temps que la sensation de sécheresse habituelle dans les fosses nasales est remplacée par celle de fraîcheur.

La gomme ammoniaque combinée à petites doses (0,05 à 0,15) avec des expectorants analogues, comme l'ipéca ou le carbonate d'ammoniaque, a l'avantage de diminuer la sécrétion morbide d'une façon très-sensible.

Si à la suite de ces préparations, la sécrétion devient trop visqueuse et trop adhérente, si le pharynx est râpeux et douloureux, on peut triompher de cet inconvénient par l'usage temporaire des pulvérisations phéniquées.

Lorsque la maladie est due à des influences purement catarrhales, le cubèbe uni au sulfate de quinine produit de très-bons effets ; chez les goutteux, on se trouve bien du gaïac, employé sous forme de teinture ; s'il y a de la syphilis, le mercure est indiqué sous forme de bi-iodure ou de bi-chlorure ; l'auteur n'est pas partisan, dans ce cas, de l'iodure de potassium qui a pour effet de déterminer un coryza artificiel,

car cette variété de coryza paraît sans action sur le catarrhe rétro-nasal.

S'il y a complication de scrofule et de tuberculose, il faut recourir à l'huile de foie de morue et conseiller le changement de climat.

Le Dr Robinson arrive maintenant au traitement local. Il n'y a pas à cet égard de méthode recommandée avec une autorité suffisante : tel médecin emploie telle solution dont ne veut pas un autre ; les uns accordent une grande vertu aux poudres astringentes et caustiques ; d'autres praticiens pensent que la chose la plus importante, c'est la propreté parfaite des régions malades, obtenue au moyen de douches aqueuses, qui doivent, d'après le plus grand nombre d'auteurs, être chaudes, ou même brûlantes. Cependant, quelques spécialistes de grande réputation (Duplay) emploient les douches froides.

Pour le Dr Robinson, le traitement local n'est pas aussi efficace qu'on le croit d'abord, parce qu'il n'existe pas d'instrument en état de porter les médicaments sous quelque forme qu'ils soient (poudre ou vapeur) sur tous les points de la membrane de Schneider (1). Ce traitement, appliqué à la manière habituelle, ne peut rendre de bien réels services.

L'auteur rappelle à ce propos un article publié par lui dans le *New-York medical Record*, en 1874, dans lequel il a démontré que les solutions médicamenteuses employées à l'aide des différents instruments en vogue, la seringue de Davidson ou de Warner, la seringue rétro-nasale, ne peuvent atteindre qu'une partie des cavités nasales ; cette remarque s'applique d'ailleurs aussi bien aux douches qu'à la pulvérisation et aux poudres presque impalpables, qu'il est fort difficile de faire pénétrer assez avant ; ceci, du reste, est facile à comprendre en se rappelant la disposition anfractueuse de la membrane

(1) C'est précisément cette indication que nous avons essayé de remplir en imaginant un ajutage destiné à porter l'eau pulvérisée dans l'intérieur des fosses nasales. Nous prions le lecteur de se reporter à cet égard au mémoire sur la rhinite chronique que nous avons inséré, en 1875, dans les *Annales des maladies de l'oreille*. (Note du traducteur.)

de Schneider, l'étroitesse des orifices qui font communiquer les fosses nasales avec des cavités entièrement fermées, telles que les tissus frontaux, sphénoïdaux, ethmoïdaux, enfin, le diamètre vertical des fosses nasales, qui, dans leur portion moyenne, est le double du diamètre vertical de leur ouverture postérieure ; d'ailleurs, au point de vue thérapeutique, les solutions habituellement en usage ne sont pas assez concentrées pour avoir une action véritablement altérante sur les glandes malades d'une façon chronique.

Dans quelle mesure la médication locale est-elle utile contre la maladie folliculeuse des arrière-fosses nasales ? On ne peut nier que le traitement local ne soit un adjuvant très-puissant du traitement général, mais il doit être employé avec mesure et après un diagnostic bien établi. Le Dr Robinson n'est pas partisan de l'emploi des solutions médicamenteuses dans les cas de catarrhe nasal très-ancien, à cause des effets désastreux qu'elles peuvent avoir sur les organes de l'audition et du goût ; l'emploi irrationnel des douches de Weber entraîne plus souvent que la maladie elle-même l'hypertrophie de la muqueuse et des tissus sous-jacents ; aussi l'auteur considère-t-il cet état de la muqueuse comme une complication plutôt que comme un symptôme essentiel et indispensable de l'affection folliculeuse des fosses nasales ; pour éviter cet inconvénient le docteur américain a remplacé dans sa pratique les solutions employées en injections ou irrigations continues, par l'usage de la pulvérisation et des poudres.

La pulvérisation peut être portée dans les fosses nasales à un haut degré de concentration, sans causer une vive douleur et sans risque de léser sérieusement les organes du goût et de l'audition ; la pulvérisation employée avec persévérance a l'avantage de détacher les croûtes dures et épaissies dans les conduits du nez, et elle est moins irritante et moins pénible pour le malade.

La température à laquelle il faudrait employer les liquides pulvérisés, est celle de l'air que nous respirons habituellement. La pulvérisation très-fine approche de cet état brumeux de l'atmosphère dans lequel elle est presque saturée de

vapeurs humides. Chacun sait que lorsque l'air est très-chargé d'humidité et que la température est basse, on se sent oppressé et la respiration ne s'exerce plus librement; la muqueuse des fosses nasales imbibée de vapeurs humides devient infiltrée, épaissie et les passages sont plus ou moins obstrués; ce phénomène augmentant à mesure que la colonne barométrique s'abaisse, l'auteur en tire cette conséquence que le liquide pulvérisé doit être chaud, mais pas trop; en effet, si on le fait chauffer jusqu'à la température du sang, dès qu'on interrompt la pulvérisation, l'air extérieur vient aussitôt refroidir la portion de liquide restée en contact avec les fosses nasales, et il devient alors inutile de porter à ce degré la chaleur du liquide pulvérisé.

Quant à la concentration de ce liquide, elle ne doit jamais arriver jusqu'à le rendre caustique; l'auteur rappelle à ce propos des injections trop concentrées, que si l'on fait arriver sous forme de pulvérisation une solution concentrée de nitrate d'argent sur le pharynx, il se fait une eschare blanche résultant de la combinaison formée entre le sel lunaire et les matières albuminoïdes de la membrane des orifices glanduleux. La sécrétion se trouve momentanément suspendue; mais au bout de quelques jours, ou elle se reproduit comme auparavant, ou bien elle diminue et se présente sous la forme de petits pelotons, d'un liquide visqueux, tenace, ou de muco-pus, d'un goût désagréable, expectoré après de grands efforts en causant au malade des désagréments répétés.

Voici la formule que le Dr Robinson emploie de préférence pour la pulvérisation :

Acide carbolique liquide	2 gr. 36 c.
Borax } ãa	2 grammes.
Bicarbonate de soude. }	
Glycérine	7 »
Eau	240 »
M.	

Cette solution, sous forme de pulvérisation, est employée matin et soir durant 4 ou 5 minutes dans chaque narine au moyen d'un pulvérisateur (atomizer) de caoutchouc durci.

Outre l'emploi de cette solution, l'auteur se loue beaucoup de l'usage de la poudre suivante qu'il fait arriver derrière le voile du palais.

Iodoforme en poudre....	aa........	1 grammes.
Camphre en poudre....		
Poudre d'accacia.......	....	2 »

Si la sécrétion est modérée et peut être facilement détachée et expectorée, on se contente de l'usage de cette poudre, ou d'une autre analogue, et on laisse de côté la pulvérisation.

Pour injecter cette poudre, le médecin américain se sert d'un instrument dont il donne un dessin et la description suivante. C'est un flacon de verre contenant environ 2 onces de liquide, pourvu d'une large embouchure; le bouchon de liége qui le ferme est percé de deux trous dans chacun desquels il est introduit un tube recourbé de caoutchouc durci; l'un de ces tubes plonge presque jusqu'au fond du flacon, l'antre passe simplement à travers le bouchon. Le premier tube (1), à son extrémité extérieure, est recourbé en arrière sur un angle de 120°, pour pouvoir atteindre les arrière-narines; le second tube est en communication avec une poire élastique au moyen d'un tube de caoutchouc élastique; une ou deux pressions vigoureuses opérées sur la poire de caoutchouc, font pénétrer la poudre médicamenteuse dans les fosses nasales et la portent sur la partie postérieure des cornets et les parties adjacentes.

Les poudres médicamenteuses modifient les surfaces malades et elles échappent aux reproches adressés aux liquides pulvérisés (atomized liquids), qui produisent dans le sens des vaisseaux des effets endosmotiques parfois excessifs.

On peut employer les médicaments à l'état de poudre, soit purs, soit associés à des substances inertes, telles que la gomme arabique, qui est surtout indiquée quand on n'a pas

(1) Le diamètre de l'orifice terminal de ce tube ne doit pas dépasser un huitième de pouce; autrement, la poudre serait jetée en excès derrière le voile du palais et causerait une suffocation des plus pénibles. (Note de l'auteur.)

recours en même temps à la pulvérisation, ou orsque la partie supérieure du pharynx n'est recouverte qu'en partie d'une sécrétion catarrhale peu abondante.

Dans quelques circonstances, le Dr Robinson emploie les fumigations de vapeurs sèches, telles que celles d'acide carbolique, d'iode, ou d'huiles essentielles tirées du pin.

En terminant, l'auteur émet cette opinion que la médication locale est utile plus particulièrement en diminuant l'épaississement de la muqueuse placée dans le voisinage des orifices glanduleux, et contrebalance l'influence morbifique sur la sécrétion des glandes muqueuses elles-mêmes ; mais l'action sur les glandes, pour être efficace, doit être secondée par une médication interne longtemps prolongée ; en agissant ainsi, le Dr Robinson affirme qu'il est parvenu à soulager et même à guérir un grand nombre de personnes affectées de catarrhe rétro-nasal depuis fort longtemps ; la méthode qui lui a réussi et dont nous venons de rendre compte lui paraît devoir être recommandée comme supérieure à tous les procédés employés jusqu'ici.

Contribution au traitement des sténoses du larynx,

par le Dr L. Schrötter (*Vienne Braumüller*, 1876).

Le traitement imaginé par le Dr Schrötter a été appliqué, en premier lieu, aux rétrécissements du larynx, qui, ayant nécessité la trachéotomie, persistent après l'opération et obligent les malades à porter constamment une canule. Ce n'est que plus tard, et par le perfectionnement de la méthode, que l'auteur est arrivé à employer la dilatation dans tous les cas de sténose laryngienne.

Dans les onze cas rapportés dans le travail, et appartenant à la première catégorie, il s'agissait de périchondrites avec lésions portant surtout sur les cartilages, d'immobilité des cartilages aryténoïdes, d'épaississement de la muqueuse et des tissus sous-muqueux, de brides cicatricielles, etc. Les périchondrites et autres altérations étaient survenues le plus

souvent à la suite de variole, de typhus et surtout de syphilis, et il y avait peu d'espoir que la sténose pût disparaître spontanément ou par les moyens connus.

La dilatation mécanique des rétrécissements laryngiens peut être faite de deux façons, soit de haut en bas par la bouche, soit de bas en haut en faisant pénétrer un dilatateur par l'ouverture trachéale. Bien que plusieurs médecins aient employé cette voie, l'auteur préfère la première; outre qu'elle est moins pénible pour le malade, elle donne moins de mécomptes, par ce fait que le plus souvent le canal formé par les sténoses laryngiennes est plus étroit en bas qu'en haut. L'introduction du cathéter par le nez, qui a également été proposée, n'offre aucun avantage : il est très-incommode pour l'opéré et pour le chirurgien.

Avant tout, on doit préparer le malade au contact des instruments ; on habitue l'épiglotte à être touchée et relevée à l'aide d'une sonde de gomme élastique, pendant une période préparatoire qui dure de trois à huit jours, et qui peut être abrégée dans les cas pressants par l'insensibilisation localisée. Cette méthode consiste à toucher le larynx, la veille de l'opération, avec un pinceau imbibé de chloroforme, puis avec une solution concentrée de morphine. Lorsque le larynx est devenu moins sensible, on commence à introduire dans la sténose une sonde de grosseur suffisante. Pour cette opération, il est préférable de faire asseoir le malade, et il faut avoir soin d'ôter la canule qui mettrait obstacle à l'introduction de la sonde. Au bout de quelques jours, on peut laisser l'instrument aussi longtemps que le permet la perméabilité de la plaie trachéale, c'est-à-dire de cinq à trente minutes, après quoi on doit replacer la canule.

Dès que le patient est accoutumé à ces manœuvres, les plus grandes difficultés sont vaincues, et on peut s'occuper de la dilatation proprement dite; les bougies de caoutchouc sont alors remplacées par des sondes d'étain. Celles-ci ont, comme la glotte, une forme triangulaire à angles arrondis; leur hauteur est de 4 centimètres, et leurs dimensions sont, d'avant en arrière, de 8^{mm} pour la plus petite, et de 20^{mm} pour la plus grosse; de droite à gauche, elles ont de 6 à 16^{mm}, le

tout formant une série de 24 sondes de grosseur croissant d'environ 1/2^{mm}. Chacune d'elles est traversée par une tige de laiton terminée en bas par un bouton qui sert à la maintenir, et en haut par un trou destiné à recevoir un fil qui permet leur enlèvement. On se sert, pour les introduire dans le larynx, d'un mandrin recourbé qui s'adapte à la sonde et fait momentanément corps avec elle de telle façon qu'elle ne subisse aucun mouvement de rotation pendant son application. Une fois la sonde en place, elle est maintenue dans une position fixe, soit par une petite pince, soit mieux encore par une disposition particulière de la canule. Ce manuel opératoire est fort simple et assez facile pour que les malades aient pu, dans certains cas, assujettir eux-mêmes leur sonde. Le fil d'extraction est conduit hors de la bouche et attaché derrière l'oreille ou à la canule; il n'empêche ni la déglutition, ni la mastication. On peut alors laisser la sonde nuit et jour pendant un certain nombre d'heures, jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de l'enlever pour la nettoyer, ou pour la remplacer par une sonde plus grosse.

L'opération cause en général peu de douleurs; cependant, si on débute par des sondes trop volumineuses et si on les introduit trop brusquement, les malades accusent des douleurs qui semblent constamment s'irradier vers les régions temporales. L'enlèvement de la sonde se fait très-aisément à l'aide du fil.

Il est évident que l'emploi du miroir laryngien facilite beaucoup le cathétérisme, qui est quelquefois difficile dans les larynx déformés : et surtout lorsque l'épiglotte est couchée. Chez presque tous les malades qui ont été trachéotomisés, l'épiglotte ne s'élève que très-peu, il faut alors la repousser de côté, ce qui n'est pas toujours facile, lorsque le cartilage épiglottique est très-développé ou maintenu par des brides cicatricielles. Il faut en outre une certaine énergie pour combattre la constriction musculaire, qu'on apprend à apprécier. Un autre obstacle pour l'introduction des grosses sondes est constitué par les granulations et les productions dures ou molles qui se déplacent devant l'instrument et l'empêchent de pénétrer; souvent une bride membraneuse

en forme d'entonnoir vient arrêter la sonde. Ces néoplasmes et les granulations doivent alors être enlevés par le nitrate d'argent, et mieux encore par la potasse caustique. Lorsque les brides cicatricielles ne peuvent être détruites par ces moyens, il faut alors avoir recours au bistouri ou au galvano-cautère. L'opération donne lieu à peu d'hémorrhagie et cause peu de douleur. De toute façon, l'opérateur sera puissamment secondé par l'énergie et le bon vouloir du malade.

Dès qu'on a obtenu par l'emploi méthodique de sondes de grosseurs croissantes une dilatation suffisante, on laisse fermer la plaie trachéale; il faut seulement s'assurer que le rétrécissement ne se reproduit pas. L'auteur se sert dans ce but d'une sonde de caoutchouc, de même diamètre que la dernière sonde d'étain employée, et munie de deux ouvertures latérales qui permettent au malade de respirer. Ces sondes sont placées plusieurs fois par jour dans le larynx pendant quinze à trente minutes, non-seulement durant la cicatrisation de la plaie externe, mais quelque temps encore après; le malade peut apprendre à se sonder lui-même et abréger ainsi le temps de son traitement ou de son séjour à l'hôpital.

Après ces détails opératoires, l'auteur donne les observations de onze malades traités par ce procédé, chez lesquels il a pu rétablir la perméabilité du conduit aérien, perméabilité durable qui a persisté après la fermeture de l'ouverture trachéale.

C'est pendant ces recherches que Schrötter acquit la conviction que les rétrécissements du larynx pourraient être combattus avant la trachéotomie, et il rapporte neuf observations de malades atteints de rétrécissements assez prononcés pour nécessiter la trachéotomie. L'opération a pu être évitée par le cathétérisme combiné, nous devons le dire, avec l'emploi des caustiques et de l'instrument tranchant. Il existe, en effet, des strictures en forme de membranes, qui se rencontrent fréquemment à la partie inférieure du larynx entre les cordes vocales. Ce mode de sténose a été signalé et étudié par divers auteurs qui ont cherché à la combattre, soit par les caustiques, soit à l'aide

du bistouri. Seulement dans ces différents cas, on ne faisait qu'un traitement palliatif, la section pure et simple ne suffisant pas pour empêcher la reproduction de ces néoplasmes membraneux. C'est seulement par la dilatation combinée avec la section qu'il est possible d'obtenir une guérison définitive.

Le travail du docteur Schrötter est accompagné de planches montrant, pour certaines observations, le larynx avant et après le traitement et permettant de constater les progrès obtenus. Dr Danjoy.

Comptes rendus des travaux de la Société américaine d'otologie.

(Suite.)

II. — Pathologie et Thérapeutique.

Le docteur Mathewson commence son rapport en citant un article de Wreden, qui dit avoir observé 12 cas d'une forme particulière d'obstruction du conduit auditif externe. L'auteur compare la substance formant obstruction à une feuille de papier de chine pliée et repliée plusieurs fois sur elle-même; elle présentait une disposition lamellaire et était constituée par des cellules épidermiques.

Après avoir mentionné ensuite un cas de tumeur nacrée du conduit auditif externe, accompagnée d'écoulement purulent rapporté par Tipp, le docteur Mathewson revient à un long article de Wreden. Dans cet article, se trouvent consignées les observations de l'auteur et celles d'autres médecins auristes au sujet des affections parasitaires de l'oreille. Wreden cite 74 cas dans lesquels on a rencontré toujours, soit l'Aspergillus nigricans, soit l'Aspergillus flavescens. Un seul seul cas fait exception à la règle, et il en donne au long la description. A cause de l'aspect que présentait le tympan dans ce cas unique, il a donné au parasite le nom d'Aspergillus rouge ; le docteur Orne Green avait rencontré un cas tout à fait semblable.

A la fin de son article sur les affections parasitaires Wreden arrive aux conclusions suivantes :

1. A l'exception de trois ou quatre cas sur cent, l'Aspergillus nigricans et l'Aspergillus flavescens sont les seuls parasites qu'on ait rencontrés jusqu'ici dans l'oreille, et encore voit-on le premier beaucoup plus souvent que le second.

2. La fausse membrane ne se développe que sur la membrane du tympan et dans son voisinage immédiat, et ne s'accompagne que rarement d'écoulement purulent. Règle générale, une inflammation purulente de l'oreille exclut la présence de parasites.

3. Des deux faces de la fausse membrane, celle qui regarde la cavité du conduit auditif externe, offre ordinairement une couleur blanchâtre, tandis que celle qui se trouve du côté de la membrane du tympan renferme les spores, et présente tantôt une couleur jaune (Aspergillus flavescens), tantôt une couleur noire (Aspergillus nigricans).

4. Il est rare que ces parasites puissent demeurer longtemps dans le conduit auditif sans occasionner d'accidents. Dans quelques cas pourtant on ne mentionne ni douleur ni chatouillement ; il existe toujours une surdité plus ou moins grande.

Vient ensuite un cas de fistule congénitale de l'oreille observée par Pflüger sur un enfant de 6 ans. Des deux côtés se voyait une ouverture grande comme une tête d'épingle, située à 7 millimètres en avant de l'hélix, au niveau de la partie horizontale de l'antehélix ; on pouvait facilement y faire pénétrer une sonde à une profondeur de 1 cent. 1/2.

Dans un autre article, Pflüger décrit deux cas de rupture de la membrane du tympan : l'un dû au choc produit par une vague sur l'oreille pendant que le malade se baignait ; le second dû à une explosion. Dans les deux cas, il y eut déchirure de la membrane ; le second malade guérit rapidement.

Le docteur Joseph Simrock, de New-York, fait connaître que, dans un bon nombre de cas d'inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne, accompagnée d'un épaissis-

sement peu marqué de la membrane du tympan, il a imaginé une nouvelle méthode pour arriver dans la caisse. Cette méthode consiste à perforer la membrane au moyen d'une goutte d'acide sulfurique concentré qu'il porte dans l'oreille au moyen d'un stylet garni de coton. Très-peu de douleur et d'irritation accompagnent l'opération, au dire de l'auteur, et, sur 17 cas, il dit avoir maintenu l'ouverture 3 fois pendant 4 mois.

Les docteurs Weber Liel, Pomeroy, Roosa et Spencer signalent des succès très-divers dus à ce traitement.

Nous arrivons ensuite à la description d'une membrane tympanique artificielle imaginée par le docteur Beverhaut Thompson, de New-York.

Elle consiste en un mince anneau d'argent sur lequel se trouve étendue une mince lamelle d'or battu; sur les côtés de l'anneau est attaché un petit manche en forme d'épingle qui sert à l'introduire dans l'oreille.

Gruber propose un mince feuillet de gomme élastique.

Le docteur Burnett rapporte le cas d'une exsudation liquide dans la caisse du tympan. L'oreille malade ne présentait aucune apparence anormale; mais, outre une surdité marquée, le malade se plaignait de la sensation d'une goutte liquide dans l'oreille. Le cathétérisme de la trompe n'amena que de faibles améliorations; enfin, une incision de la membrane du tympan donna issue à une petite quantité de liquide, et la surdité disparut.

Le docteur Hagen constate que, souvent dans le cas d'un épanchement séreux dans la cavité de l'oreille moyenne, il a rencontré un bruit métallique perçu par le malade dans l'oreille affectée quand on produisait la percussion sur la tête. Ce bruit ne s'entendait plus quand on vidait l'oreille, si bien que l'auteur en fait un signe d'une grande valeur dans des cas semblables où l'absence d'autres symptômes rendrait le diagnostic douteux et difficile.

Le docteur Burnett parle d'un bruit particulier ayant son siége dans l'oreille droite d'un malade affecté de suppuration chronique de l'oreille moyenne gauche. Ce bruit ressemblait au craquement des ongles, et présentait son maximum

d'intensité quand on appliquait l'oreille contre l'oreille droite du malade. L'auteur admet pour ce bruit l'explication de Politzer qui l'attribue à la brusque séparation des parois antérieure et postérieure de la portion pharyngienne de la trompe d'Eustache.

Quatre cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, traités au moyen de l'iodoforme par le docteur Rankin, de New-York, appellent ensuite l'attention du rapporteur. C'est au moyen de l'insufflation que se fit l'application de ce médicament qui donna d'ailleurs d'excellents résultats.

Un cas d'élimination de l'anneau du tympan avec une partie de la portion écailleuse du rocher chez un petit enfant scrofuleux et syphilitique, fournit à Gruber l'occasion d'appuyer sur ce fait que l'inflammation de l'oreille et du temporal est moins dangereuse dans le jeune âge que chez l'adulte.

Pflüger cite trois cas de carie du temporal survenant à la suite d'une inflammation de l'oreille moyenne, et dans lesquels les symptômes cérébraux alarmants furent enrayés par une incision dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde.

Schwartze donne l'observation d'un épithélioma de l'oreille moyenne survenant chez un homme de 55 ans, qui avait toujours été affecté d'otorrhée depuis son enfance. C'est un cas assez rare.

Le docteur Pooley cite une hémorrhagie par l'oreille, survenue dans un cas de purpura chez une petite fille de 4 ans.

Nous trouvons ensuite une analyse complète d'un cas de phlébite des sinus de la dure-mère consécutive à une otite moyenne, faite par Wreden, qui a suivi pas à pas sur son malade les progrès de l'inflammation. Un point curieux à noter, c'est que le malade guérit parfaitement.

Le professeur Käppe fait connaître deux cas d'aliénation mentale qu'il considère comme tenant à une action réflexe, dont le point de départ était une affection de l'oreille. Dans le premier cas, il y avait suppuration chronique de l'oreille moyenne; et un traitement approprié amena une grande amélioration dans l'état mental du malade. Dans le second

cas, les désordres cérébraux disparurent par le seul fait de l'enlèvement d'une substance dure qui obstruait le conduit auditif externe.

Weber Liel dit avoir pratiqué la ténotomie du muscle tenseur du marteau sur deux cent vingt-cinq oreilles. Il admet l'utilité de cette opération pour faire cesser un tintement d'oreille pénible pour le malade, ou encore pour lutter contre une surdité croissante.

Gruber a aussi pratiqué cette ténotomie dix-sept fois, et a obtenu des résultats fort satisfaisants.

Le docteur Howard Pinkney cite trois cas d'affection chronique de l'oreille moyenne qu'il croit compliqués d'adhérence des osselets, et dans lesquels il obtint une amélioration notable de l'ouïe en se servant d'une pompe stomachale à double valve, avec laquelle il opérait par aspiration une traction sur la membrane du tympan.

Le rapporteur passe ensuite à une classification des affections de l'oreille proposée par le docteur Roosa et dans le détail de laquelle il serait trop long d'entrer ici.

Plus loin il cite une observation du même auteur à propos d'une surdité subite accompagnée de tintements d'oreille survenant chez un individu bien portant. Ayant été amené par la présence d'une éruption cutanée à interroger les antécédents du malade, le docteur Roosa reconnut l'existence d'un chancre datant de six mois. Le mercure et l'iodure de potassium firent bientôt disparaître la surdité et les bourdonnements.

Enfin, le rapport se termine par deux cas de surdité appartenant au docteur Max. Hubrich. Dans les deux cas, il s'agit de femmes âgées de 74 ans. La seule lésion qu'on trouva à l'autopsie pour expliquer cette surdité était une dégénérescence amyloïde des nerfs auditifs.

Après la lecture de ce rapport, nous trouvons dans le compte rendu de la séance l'exposition d'une « *Nouvelle méthode pour l'emploi des bougies dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache* », dont l'auteur est le docteur Buck, de New-York. Il montre d'abord qu'un des plus grands obstacles au traitement des affections de l'oreille moyenne

consiste dans la difficulté de mettre les topiques en contact avec la muqueuse malade. Presque toutes les méthodes en usage sont passibles de grandes objections. L'injection d'eau simple et à plus forte raison d'eau tenant en dissolution des substances irritantes, tel que l'alun, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, est très-douloureuse et expose le malade au danger d'une inflammation aiguë et quelquefois étendue. Ces accidents sont rares, il est vrai ; mais outre que la solution ne pénètre souvent pas jusqu'au tympan, on ne possède, quand on se sert de l'injection, aucun moyen de contrôle pour reconnaître jusqu'où on a pénétré; enfin, il arrive souvent qu'en tombant sur les cordes vocales ou dans le larynx, une goutte de la solution provoque des accès de toux fort pénibles. L'affection contre laquelle on a le plus souvent à lutter, dit l'auteur, consiste en une grande vascularité accompagnée d'œdème ou d'ulcérations, en une hypersécrétion de mucus et une prolifération de tissu; le remède par excellence est donc le nitrate d'argent. Par le procédé de l'auteur, cette application se fait au moyen d'une bougie de 1 millimètre de diamètre et garnie de coton à son extrémité.

Sur la longueur de la bougie se trouvent des points de repère pour que l'opérateur puisse savoir à quel moment la pointe émerge du cathéter et aussi à quelle distance elle pénètre ensuite.

L'introduction de cette bougie se fait à travers un cathéther que l'on maintient de la main gauche.—Au moment de l'introduction dans la trompe, on rencontre souvent un obstacle situé à peu près à 1 centimètre au delà de la sortie du cathéter; mais quelques tâtonnements suffisent pour en triompher et on parcourt facilement le reste de la portion cartilagineuse de la trompe. Quand on arrive à la portion osseuse, on sent que le passage devient plus difficile; aussi l'auteur de cette méthode conseille-t-il de ne pas pousser au delà, sans quoi, dit-il, on risque de pénétrer jusque dans la caisse du tympan.

Ces indications sur ce nouveau procédé opératoire sont accompagnées de quinze observations dans lesquelles le

docteur Buck a fait usage de ses bougies. Ainsi qu'il le dit lui-même, ces observations ne prouvent pas l'infaillibité curatrice de sa méthode ; mais on peut ajouter qu'on n'y rencontre aucun cas d'accident survenu par suite du traitement et au contraire une notable proportion de guérisons.

Vient ensuite une étude intéressante du docteur Clarence J. Blake, de Boston, » sur la *Pression intra-tympanique pendant la phonation.* » Un malade âgé de 30 ans présentait une inflammation de l'oreille moyenne du côté gauche datant d'une fièvre scarlatine qu'il avait eue à l'âge de 4 ans. Il y avait donc 26 ans qu'il était affecté d'un écoulement purulent. A l'examen de l'oreille on trouvait la membrane du tympan presque complétement détruite et la muqueuse de la caisse couverte de granulations polypiformes. A la suite de l'application d'astringents et de caustiques, les granulations ne tardèrent pas à disparaître, et l'écoulement s'arrêta. Il s'était développé une membrane cicatricielle formant cloison entre la partie inférieure et antérieure de la caisse du tympan et l'oreille externe.

Cette cloison, ainsi qu'il arrive dans le cas de cicatrice de la membrane du tympan, était plus mince que la membrane elle-même.

Le malade revint quelque temps après sa guérison, parlant comme s'il était enrhumé. Il prononçait les *m*, les *n* et les lettres *ng* comme des *b*, des *d* et des *g*. Il déclarait que cette prononciation défectueuse était un effet de sa volonté à cause de la sensation pénible que réveillait dans son oreille l'articulation des lettres *m*, *n* et *ng*. L'examen de l'oreille gauche montra que la membrane cicatricielle exécutait des oscillations quand le malade prononçait ces lettres. Quand il prononçait *m* elle se bombait un peu en dehors et retombait immédiatement, se bombait davantage pour *n*, et faisait une double saccade pour les lettres *ng*. Le docteur Blake fait observer d'une façon très-ingénieuse et au moyen de dessins que ces oscillations correspondent vaguement aux traces logographiques de ces trois lettres.

La pression sur la membrane au moyen d'un stylet diminuait les oscillations, mais la guérison ne fut possible qu'a-

près l'excision d'une petite portion de cette membrane; on laissait ainsi une petite ouverture à travers laquelle l'air pouvait passer librement.

L'auteur de cette observation intéressante complète ses recherches par une étude sur l'oreille normale. Là aussi, au moyen d'un petit manomètre en forme d'U dont il plaçait une des branches contre la membrane du tympan, il observa une élévation de la colonne d'eau dans la branche quand il faisait proncer les lettres *m*, *n* et *ng*. Il démontre ainsi le fait d'une certaine pression atmosphérique dans la cavité naso-pharyngienne, pression variable selon la lettre qu'on prononce et augmentant de *m* à *ng*. Cette augmentation de de pression se trouve d'ailleurs réalisée, dit-il, par l'application de la langue contre le palais, application plus complète pour la prononciation de *n* que de *m* et plus encore pour *ng* que pour *n*.

Nous ne ferons que citer un cas d'*angiome caverneux du lobule de l'oreille*, rapporté par le docteur Charles Kipp, et opéré par lui. L'examen microscopique de la petite tumeur qui ne dépassait pas les dimensions d'une aveline montra une enveloppe fibreuse épaisse entourant un tissu spongieux semblable à celui des corps caverneux; les parois des espaces aréolaires étaient tapissées par des cellules endothéliales.

Vient ensuite un cas de *malformation congénitale de l'oreille externe* présenté par M. Strawbridge, de Philadelphie. Elle consistait dans la présence d'un repli de la peau mesurant 22 millimètres de long sur 16 de large à la place de l'oreille externe du côté droit sur un jeune garçon de 14 ans. Dans l'épaisseur de ce repli on sentait un petit noyau cartilagineux. L'audition n'était nullement gênée.

Le docteur Pomeroy, de New-York, donne ensuite l'observation d'un *cas d'abcès multiples de l'oreille résultant d'une destruction partielle du cartilage, et se montrant à la suite d'une otite externe et moyenne*. Le premier de ces abcès se montra sur la partie moyenne du pavillon; à son ouverture il s'en écoula un pus crémeux et la cicatrisation eut lieu. Peu de temps après se montrèrent successivement

trois petits abcès autour du lobule, un sur le tragus, un sur l'hélix. La guérison fut complète au bout de deux mois. L'observation est accompagnée de trois dessins.

Le Dr Roosa rapporte un cas d'*otite hémorrhagique de l'oreille moyenne* survenant brusquement chez une blanchisseuse de 55 ans. Une ponction, faite dans la membrane du tympan à gauche, donna quelques gouttes de sang seulement. Néanmoins, au bout de 9 jours, la malade était complétement guérie.

Plus loin nous trouvons quelques remarques du même auteur sur l'*opportunité de traiter dès leur début les affections de l'oreille.* Il s'excuse de ne pas posséder des matériaux suffisants pour entreprendre une discussion sur ce point, mais il veut appeler l'attention des auristes sur la nécessité du traitement dès le début de la maladie, et il espère qu'ainsi le nombre d'affections chroniques de l'oreille pourra diminuer avec les progrès de la science. Il se range à l'avis du docteur Agnew pour préconiser l'usage des *sangsues* et de la *paracenthèse* contre les douleurs aiguës des affections de l'oreille, mais il ne partage pas son opinion relativement à la morphine, qui, employée seule, ne donne aucun résultat selon lui.

L'observation d'*infection purulente amenée par suppuration de l'oreille moyenne* citée par le docteur Roosa n'offre rien de particulier. D'ailleurs, à l'autopsie, on s'est contenté de constater la présence du pus dans les tissus de la dure-mère et l'existence d'une pleurésie purulente. Les autres organes n'ont pas été examinés.

Le docteur Roosa publie également trois cas relatifs aux *effets produits par le sulfate de quinine sur l'oreille.* Il donne les trois observations et en conclut contrairement à l'opinion du professeur Jacobi que les tintements d'oreille, lourdeur de tête, et sensation de chaleur qui accompagnent souvent l'administration du sulfate de quinine sont dus à une hypérémie des filets terminaux du nerf auditif et non pas à une anémie, ainsi que le croit le professeur Jacobi.

Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne.

M. le docteur Coyne a eu à traiter comme sujet de thèse, au concours de l'Agrégation (section d'anatomie et de physiologie), *de l'Anatomie et du Développement des parties molles de l'oreille interne.*

Ce travail important, qui est un exposé très-bien fait de l'état actuel de la science sur ce sujet, intéresse trop notre publication pour que nous n'en donnions pas ici l'analyse.

M. le docteur Coyne décrit successivement le vestibule membraneux, le limaçon membraneux, et consacre un troisième chapitre au développement des parties membraneuses de l'oreille interne.

Vestibule membraneux.

Les parties molles de l'oreille interne, connues sous le nom de labyrinthe membraneux, comprennent les mêmes parties que le labyrinthe osseux. Les sacs et les tubes membraneux sont logés dans des cavités osseuses (vestibule osseux, canaux semi-circulaires, rampes du limaçon) qu'ils remplissent incomplétement. Elles y sont reliées par des adhérences variables, et dans les points où ces adhérences n'existent pas, elles sont baignées par le liquide de Cotugno. Le vestibule membraneux présente cette disposition particulière, qu'il se trouve formé par deux vésicules accolées et superposées qui, d'après Boettcher, seraient en communication par un petit canal. La supérieure, la plus volumineuse, de forme ovoïde, se nomme l'utricule ; l'inférieure arrondie est le saccule. Le vestibule membraneux communique avec les canaux semi-circulaires par cinq orifices. Du saccule part le canal qui va se déverser dans les canaux de la lame spirale membraneuse.

Le vestibule osseux est tapissé d'une couche de périoste qui n'est point pourvu d'épithélium et dans l'épaisseur de laquelle on trouve quelques-unes des cellules pigmenteuses décrites par Henle. Les fibres de cette couche périostique réunissent entièrement l'utricule aux parois de la fossette

semi-ovoïde, tandis qu'un tissu conjonctif lâche réunit le saccule à la fossette hémisphérique.

L'utricule qui est, comme nous l'avons dit, la cavité supérieure, a un diamètre transversal de 3 ou 4 millimètres et des diamètres verticaux et antéro-postérieurs de 2 millimètres au plus. Il reçoit en haut les ouvertures des canaux semi-circulaires, sa surface est lisse, sauf à sa partie interne, où l'on reconnaît une saillie blanchâtre ayant en moyenne 3 millimètres de longueur sur 2 millimètres de largeur, et décrite par Kölliker sous le nom de *macula acoustica* ou tache auditive.

Le saccule, étage inférieur du vestibule membraneux, est de forme arrondie ; il reçoit au niveau de la fossette hémisphérique le nerf sacculaire ; par sa face inférieure, il communique par un canal avec les canaux de la lame spirale membraneuse. Il possède aussi une tache acoustique comme l'utricule. Elle est moins large, mais par contre plus épaisse.

Canaux demi-circulaires membraneux. — Ces canaux, qui sont contenus dans les canaux osseux du même nom, sont au nombre de trois : un supérieur, un postérieur et un externe. Ils s'ouvrent dans l'utricule, comme nous l'avons vu, par cinq ouvertures. Chacun a un orifice ampullaire. Le supérieur et le postérieur s'ouvrent en outre par un même orifice non ampullaire ; et le canal externe possède, outre son orifice ampullaire, une ouverture simple. Les canaux membraneux ne sont contigus qu'à la petite courbure du canal osseux. Pour M. Sappey, ils en occuperaient la moitié ou les trois quarts de la cavité.

Les canaux demi-circulaires paraissent avoir une épaisseur plus grande au niveau de leurs points d'adhérence avec le périoste. Elle serait, d'après Rüdinger, de 28 millièmes de millimètre, tandis que dans la partie libre, elle n'aurait que 80 millièmes de millimètre. On considère les canaux formés par quatre couches :

1° Une extérieure fibreuse formée de tissu conjonctif. Rüdinger y a noté la présence d'un plexus réticulé qu'il considérerait comme d'origine nerveuse, et qui aurait, d'après cet anatomiste, une apparence gangliforme. Kölliker y a con-

staté la présence de cellules pigmentaires analogues à celles de la lamina fusca de la choroïde.

2° La seconde couche serait une membrane propre, fort mince, ayant au plus 5 à 6 millièmes de millimètre. En la traitant par l'acide acétique, Kölliker y a vu une grande quantité de noyaux. De la face interne naîtraient les villosités qui forment la troisième couche.

3° Rüdinger et Voltolini sont les seuls qui aient observé ces végétations papillaires. Lucæ les considère comme d'origine pathologique.

Elles n'existent pas pendant la vie fœtale, et commencent à apparaître du côté libre du canal membraneux. Ces végétations papillaires se présentent sous forme de masses ; leur base est moins large que leur extrémité libre. Comme la membrane propre, elles laissent apparaître, sous l'influence de l'acide acétique, des noyaux allongés et une striation concentrique.

4° Enfin, la quatrième couche, qui est la plus interne, est formée par des cellules revêtues d'un épithélium pavimenteux qui tapissent les végétations papillaires.

Au niveau des dilations ampullaires, la couche papillaire n'existe plus. Il n'y a donc plus que trois couches en cet endroit, il en est de même pour l'utricule et le saccule.

Structure des crêtes et des taches auditives.

Dans le vestibule membraneux, les terminaisons nerveuses se font au niveau des taches auditives, et dans les ampoules, au niveau des crêtes auditives.

Les saillies que les crêtes et les taches auditives présentent sont formées, d'après Steinfensand, par un épaississement de la couche conjonctive à ce niveau. Elles seraient formées :

1° D'une couche conjonctive extérieure;

2° D'une membrane propre, plus épaisse en ces points que partout ailleurs et criblée, du côté du revêtement épithélial, de petits orifices qui donnent passage à des tubes nerveux.

3° A la surface, se trouve un revêtement épithélial con-

stitué par des cellules tout à fait spéciales, et qui sont cylindriques, nucléaires et fusiformes.

Les couches d'épithélium des taches et des crêtes acoustiques varient suivant les espèces animales. Chez les oiseaux, leur épaisseur est de 16 millièmes de millimètre, chez les poissons, de 80 millièmes; chez l'homme, cette épaisseur tient le milieu entre ces deux extrêmes. Elle est plus grande sur les crêtes et les taches, s'affaiblit sur les lames semi-lunaires.

Les cellules épithéliales semblent distribuées en deux couches : la plus profonde est formée de cellules nucléaires, lâchement unies entre elles. C'est dans cette couche que viennent se terminer des fibrilles nerveuses d'apparence gangliforme.

La couche superficielle présente à sa surface des cils rigides. Ces cils, appelés *cils auditifs*, ont été décrits par Max Schultze, comme de longues fibres rigides, amincies à leur extrémité libre, et s'unissant dans leur partie profonde à des cellules dont ils sont une dépendance. Ils sont réunis par une substance gélatineuse, et paraissent comme agglutinés.

Les nerfs qui vont se distribuer au saccule, à l'utricule et aux ampoules plongent dans la couche conjonctive qui relie ces divers renflements aux parois osseuses : chaque rameau se divise alors en deux faisceaux aplatis auxquels se mélangent des cellules ganglionnaires; ils pénètrent alors directement dans l'épaisseur de la crête et de la tache auditive, et arrivent dans la couche d'épithélium. Chaque tube nerveux pénètre par un canal spécial que lui offre la membrane propre. Les auteurs ne sont pas d'accord pour savoir si le cylindraxe seul traverse la membrane propre, ou s'il est accompagné de ses enveloppes minces. Les fibres nerveuses se subdivisent d'abord en deux, puis en un grand nombre de branches qui forment un réseau d'où partiraient des fibrilles qui se rendraient à la base des cils rigides.

M. Coyne fait suivre la description du vestibule membraneux de celles de l'*aqueduc du vestibule*, du *canal de communication*, et des *otolithes*.

L'aqueduc du vestibule s'étend depuis la face postérieure du rocher jusque dans le voisinage de la face inférieure et postérieure du vestibule membraneux.

Les recherches modernes de Bœttcher et de Hasse sont venues confirmer l'opinion de Cotugno, qui pensait qu'il était destiné à établir une communication entre la périlymphe et la sérosité sous-arachnoïdienne.

Le *canal de communication* a été découvert par Hensen. Il fait communiquer le saccule avec le canal contenu dans l'épaisseur de la lame spirale membraneuse.

Les otolithes contenus dans l'endolymphe du labyrinthe membraneux présentent de grandes différences. Chez les reptiles et les poissons, ils atteignent un volume considérable; chez les mammifères et les oiseaux, ils sont très-petits. Ils sont très-nombreux chez l'homme et les mammifères, se trouvent maintenus sur les taches acoustiques. Ces corps sont composés de carbonate de chaux.

Limaçon membraneux.

Le limaçon membraneux est contenu dans le limaçon osseux. Ce dernier est constitué par un cône creux décrivant des tours de spires, dont le nombre varie avec les espèces et qui entourent un cône central également creux (la columelle). Le cône enveloppé est le noyau du limaçon, tandis que le cône enveloppant est formé par la lame des contours. Le cône spiroïde est subdivisé transversalement en deux étages par la lame spirale. Ces deux divisions forment la rampe vestibulaire et la rampe tympanique.

Dans l'épaisseur de la lame spirale se trouve un renflement décrit par Huschke, et auquel on a donné le nom de protubérance de Huschke. A partir de cette protubérance la lame spirale est divisée en plusieurs feuillets qui circonscrivent deux canaux. Le supérieur, situé entre la membrane de Reissner et la lame de Corti, est le canal de Löwenberg; le second est de forme quadrangulaire, il est formé en haut par la lame de Corti et en bas par la membrane basilaire, c'est le canal de Corti.

M. Coyne décrit successivement la protubérance de

Huschke, *le ligament spiral externe*, dans lequel il signale *l'insertion de la membrane de Reissner*, *le bourrelet du ligament spiral donnant insertion à la membrane de Corti*, *l'insertion de la lame basilaire*, et la continuation du ligament spiral avec la rampe tympanique.

Il passe en revue la *bande vasculaire* qui forme la paroi externe du canal de Löwenberg, le *bourrelet spiral externe* sur lequel prend attache l'extrémité externe de la membrane de Corti ; l'*insertion externe de la lame basilaire ;* le *canal de Löwenberg ;* la *membrane de Reissner*, qui présente pendant la vie embryonnaire une plus grande épaisseur, s'amincit et devient pour ainsi dire flottante ; la *membrane de Corti*, qui prend naissance dans la protubérance de Huschke et viendrait se terminer dans l'épithélium du ligament spiral ; la *bandelette sillonnée*, qui relie la lame spirale osseuse au ligament spiral par l'intermédiaire de la lame basilaire ; la *lame basilaire*, qui sépare le canal de Corti de la rampe tympanique, et dans laquelle on observe deux zones, la zone lisse et la zone striée ; enfin les *orifices des canalicules nerveux.*

L'*organe de Corti*, par sa structure complexe et par l'importance de sa fonction, mérite que nous nous y arrêtions un instant.

M. Coÿne décrit les arcades de Corti constituées par la réunion de deux piliers ;

Une lame réticulée qui, partant du sommet des arcades, recouvre les éléments qui constituent l'organe de Corti ;

Des cellules de différentes formes ;

Enfin les rapports des tubes nerveux avec ces différents éléments, et le mode de terminaison des éléments nerveux.

Les arcades de Corti occupent toute la longueur de la lame basilaire, depuis la base du limaçon jusqu'à son sommet. Elles sont constituées par la réunion de deux parties d'inégales longueurs, qui forment les piliers internes et externes. Chaque pilier interne, en se réunissant à un pilier externe, constitue une arcade de Corti. Une série d'arcades, accolées les unes aux autres, circonscrit un tunnel limité en bas par la lame basilaire. La réunion des piliers se fait par simple juxtaposition d'éléments.

La lame réticulée est une formation membraneuse très-complexe, partant du sommet de l'arcade de Corti, recouvrant les piliers externes et tous les éléments qui leur sont adhérents.

Enfin, dans l'intérieur des piliers des arcades de Corti, on observe un certain nombre d'éléments vasculaires que l'on a désignés sous les noms : 1° de cellules basilaires; 2° cellules du sommet; 3° cellules de Corti; 4° cellules de Deiters; 5° cellules de Claudius internes et externes.

Les terminaisons nerveuses parvenues dans les canalicules nerveux se partagent en fibrilles radiacées et fibrilles spirales. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur cette disposition, il n'est pas absolument prouvé que les fibrilles spirales soient réellement des terminaisons nerveuses. Il en est autrement des fibrilles radiacées.

Nerf auditif et ses principales branches de terminaison.

Le nerf auditif naît de la moelle allongée par deux racines, l'un vient du noyau auditif central, l'autre du noyau auditif latéral. Au fond du conduit auditif interne, le nerf auditif se divise en deux branches, l'une antérieure cochléenne, l'autre postérieure ou vestibulaire.

Après avoir étudié le périoste de l'oreille interne, les vaisseaux artériels et veineux le liquide de Cotugno, M. Coyne consacre quelques pages au développement des parties membraneuses de l'oreille interne.

Blainville a pu considérer dans la série animale, l'appareil auditif comme formé d'une partie essentielle le vestibule et d'une partie accessoire et de perfectionnement composée des canaux demi-circulaires et du limaçon. Nous voyons que l'appareil auditif débute par une vésicule auditive à laquelle s'adjoignent les canaux demi-circulaires, puis un aqueduc, enfin un limaçon.

Nous n'avons donné qu'un aperçu rapide du travail de M. le docteur Coyne, qu'il est impossible de résumer en quelques pages, mais dont nous recommandons la lecture.

Dr Ladreit de Lacharrière.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Oreille.

Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés, par le Dr ROBERTSON (de Glascow). *Edimbourg, medical Journal*, décembre 1875.)

Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison, par les Drs LIOUVILLE et DEBOVE. (*Progrès médical*, 26 février 1876.)

Otite interne. Méningite, odeur gangreneuse à l'ouverture de la cavité crânienne, par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux. (*Progrès médical*, 1er avril 1876.)

Anévrysme cirsoïde de l'oreille gauche, par le Dr VERGELY. (*Gazette médicale* de Bordeaux, 5 avril 1876.)

Larynx.

Contribution à l'étude de la syphilis laryngée, par POYET, interne des hôpitaux (*Annales de dermatologie*, 20 novembre 1875.)

Kyste du larynx chez un nouveau-né, par le Dr ÉDIS. (*Medical Times and Gazette*, 26 janvier 1876.)

Laryngite morbilleuse. Laryngite pseudo-membraneuse secondaire. Clinique de l'hôpital Sainte-Eugénie, leçon du Dr CADET DE GASSICOURT. (*France médicale*, 12 avril 1866.)

Région naso-pharyngienne.

Des conséquences et de la prophylaxie de l'hypertrophie simple des amygdales, par le Dr BEVERLEY ROBINSON. (*American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, novembre 1875.)

Des scrofulides graves primitives de la gorge, par le Dr HOMOLLE. (*Annales de dermatologie*, 20 novembre 1875.)

De la syphilosie pharyngo-nasale, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi (*Gazette médicale*, 1876, nos 2, 3 et 6.)

Polype muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales, par M. POYET. (*Progrès médical*, 26 février 1876.)

Encéphalocèle de la partie supérieure droite des fosses nasales, par le Dr DEMONS. (*Gazette médicale* de Bordeaux, 5 avril 1876.)

De l'amputation partielle ou totale de la langue par la ligature élastique, par M. Ambroise-Hector QUINOT, thèse, Paris. 1876. (*Journal de thérapeutique*, 10 avril 1876.)

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (340 bis, 5-6.)

Le Gérant : G. MASSON.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

Réponse à Monsieur le docteur Krishaber,

par le professeur **Verneuil.**

Cher confrère,

J'ai lu avec un vif intérêt votre nouveau travail sur l'emploi du galvano-cautère dans la trachéotomie chez l'adulte. Trois faits de plus, surtout quand ils sont bien décrits, ont certainement de la valeur quand il s'agit d'une question récemment soulevée et litigieuse encore.

Vos trois observations nous mettent déjà d'accord sur plusieurs points. En modifiant un peu votre première manière d'agir, c'est-à-dire en employant un fil de platine plus volumineux et tout à fait mousse, vous avez obtenu, comme j'avais cru pouvoir vous le promettre, un effet hémostatique plus puissant; il est donc désormais démontré que les couteaux galvaniques aigus et tranchants doivent être abandonnés; vous prouvez également l'incontestable supériorité de la galvano-caustique dans le cas où l'embonpoint étant très-marqué, la trachée se trouve à une profondeur insolite. Sous ce rapport le fait de l'abbé X... est d'un grand intérêt.

En revanche vous portez au passif du procédé nouveau quelques accidents que je vais passer en revue. Vous signalez d'abord cette fonte du tissu adipeux et les brûlures douloureuses causées par la graisse bouillante coulant sur les téguments du cou; si pareille chose se reproduisait, il serait facile d'y remédier en abstergeant avec une petite éponge le fluide graisseux, aussi je ne m'y arrête pas.

Vous notez ensuite le gonflement inflammatoire considérable des bords de la plaie dû suivant vous à la cautérisation, et vous redoutez ses conséquences ; vous craignez que chez les sujets débilités cette inflammation ne provoque une réaction plus vive que si l'on s'était servi du bistouri. J'ai constaté moi-même cet effet de la cautérisation, mais à un degré modéré, et il ne m'a causé aucune inquiétude, car le phlegmon franc et intense, provoqué par le fer rouge, est en général d'une grande bénignité. Si vous consultez vos souvenirs, vous vous rappellerez sans aucun doute que dans la trachéotomie ordinaire, chez les sujets très-affaiblis ou cachectiques, on voit souvent toute la partie antérieure du cou envahie par une tuméfaction diffuse, séro-purulente avec ou sans infiltration gazeuze, cette complication est le plus souvent de mauvais augure, j'en conviens; mais le galvanocautère n'a pas seul le privilége de la faire naître, il ne saurait donc en prendre la responsabilité.

J'arrive à l'hémorrhagie primitive et consécutive. Dans votre quatrième observation, les premières incisions avaient été exsangues, lorsqu'à la suite d'un accès de suffocation le sang fit de tous les côtés irruption dans la plaie : on eût dit que tous les vaisseaux s'étaient ouverts à la fois : le cautère s'éteignit subitement, et vous fûtes forcé de reprendre le bistouri.

L'insuffisance du couteau incandescent a été dans ce cas manifeste. Cette hémorrhagie prouve que l'occlusion vasculaire amenée par le galvano-cautère n'était pas solide et que la barrière créée à l'extrémité des vaisseaux ouverts n'a pas pu résister à la distension subite et violente des veines divisées; il en faudra conclure que la puissance hémostatique du couteau galvanique est limitée, ce que je ne cesse de répéter depuis bien longtemps.

Me permettez-vous à ce propos de critiquer encore votre division des cas de trachéotomie ? Les uns, dites-vous, sont d'une extrême simplicité, les autres, au contraire, féconds en incidents et accidents redoutables. La chose est indéniable, mais il faudrait prévoir à l'avance ces accidents, et c'est ce que nous ne pouvons faire encore.

A priori, le cas de madame X... semblait rentrer dans la première catégorie, l'événement a montré le contraire. Avec un procédé quelconque vous deviez rencontrer des difficultés imprévues et émouvantes : elles ont surgi en effet, et tout votre sang-froid n'a pas été de trop pour en triompher.

Vous avez une fois de plus observé l'hémorrhagie secondaire, et vous insistez sur sa fréquence, à la suite de l'emploi de la galvano-caustique ; vous êtes dans votre droit, et jusqu'à présent les chiffres vous donnent raison. Je regrette cependant l'omission d'un détail : cette hémorrhagie du deuxième jour a-t-elle été artérielle ou veineuse ?

Dans le cours de l'opération une artériole avait été ouverte. Est-ce d'elle que s'est dans la suite écoulé le sang ? Si oui, il eût été prudent de la lier primitivement, et pour cela de la saisir de suite avec une pince hémostatique pour la retrouver sûrement.

Je constate avec vous la fréquence de ces hémorrhagies tardives dans la trachéotomie, mais je ne l'explique pas ; elle me surprend d'autant plus, que je n'ai rien vu de semblable dans les très-nombreuses opérations que j'ai faites jusqu'à ce jour avec le couteau galvanique dans presque toutes les régions du corps, les plus vasculaires y comprises.

Un dernier mot sur l'accident en question. Vous savez quelle importance j'attache à l'état constitutionnel des opérés et quelle influence je lui accorde sur le développement des accidents opératoires. Votre malade de l'observation IV était diabétique ; or, j'ai bien des fois constaté chez les sujets de cette catégorie la persistance opiniâtre de l'hémorrhagie primitive.

Le sujet de l'observation V était tuberculeux : sans préjudice de la tumeur épithéliale chez des opérés dont les viscères sont ainsi malades, toutes les anomalies du processus réparateur sont possibles et imminentes. Le choix du procédé ne joue dans leur production qu'un rôle ordinaire ment accessoire.

Peut-être n'avez-vous pas remarqué le parti que tireront sans doute de la même observation les adversaires du procédé que nous préconisons. Deux semaines après l'opération

et alors que le succès opératoire semblait réalisé, M. de X... succomba. A l'autopsie, on trouva dans les bronches deux petits sequestres du cricoïde. On a reproché au couteau galvanique de nécroser les cartilages, et ce fait semble justifier le reproche. Je suppose bien que votre instrument n'a touché que la trachée et non le cricoïde, mais il n'eût pas été inutile de le dire explicitement.

Si je ne craignais d'allonger trop cette réponse, je vous parlerais encore de l'anesthésie dans la trachéotomie et du nouvel instrument de M. Paquelin. Laissez-moi seulement vous dire que deux fois j'ai endormi des malades pour pratiquer la laryngotomie et la trachéotomie. Je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique.

Je suis grand partisan du thermo-cautère et depuis quelques semaines, je l'ai maintes fois mis en usage dans des opérations fort importantes. C'est un excellent agent de diérèse et d'exérèse non sanglantes. Je vous engage à l'essayer dans la trachéotomie, surtout en vous servant du couteau le plus épais et le plus mousse. S'il réussissait, la cause que nous défendons y gagnerait beaucoup, car le thermocautère échappe à toutes les objections faites au galvanocautère, et tirées non sans raison, de son prix élevé, de son transport difficile et des embarras que suscite trop souvent sa mise en train.

Recevez, mon cher confrère, etc.

VERNEUIL.

LEÇON
SUR LES
LARYNGOPATHIES SYPHILITIQUES GRAVES
COMPLIQUÉES DE PHLEGMON PÉRI-LARYNGIEN.

Par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

MESSIEURS,

Je vous ai montré plusieurs fois, dans mon service, surtout pendant le semestre d'hiver, des malades atteints de ces laryngopathies superficielles et légères qui appartiennent

aux premières phases de l'intoxication syphilitique. Je vous ai dit qu'elles étaient résolutives comme presque toutes les lésions tégumentaires propres à cette période, et que, traitées ou abandonnées à elles-mêmes, elles guérissaient sans laisser aucune trace.

Les rougeurs, les épaississements, les hypertrophies circonscrites ou diffuses, les infiltrations séro-hyperplasiques sous-muqueuses, les érosions, les exulcérations, les plaques muqueuses opalines, ulcéreuses ou végétantes, etc., etc., qu'on observe sur l'épiglotte, sur les replis aryténo-épiglottiques, sur presque tous les points de la muqueuse laryngienne, mais principalement sur les cordes vocales supérieures, peuvent persister pendant plusieurs mois, disparaître, revenir, se combiner suivant tous les modes possibles, évoluer simultanément, ou par poussées successives, céder plus ou moins vite ou résister avec opiniâtreté aux tentatives thérapeutiques internes et locales : peu importe au point de vue du résultat final. Ces lésions n'altèrent pas d'une façon irrémédiable les parties constituantes du larynx ; elles n'attaquent que les couches les plus superficielles de sa muqueuse; elles n'ont point de tendance à envahir les tissus sous-jacents. La sphère de leur activité morbide est toujours d'un faible rayon; et, quant à leur processus, il reste habituellement confiné dans les limites d'un simple mouvement vasculaire congestif ou d'une prolifération cellulaire qui n'aboutit jamais à la nécrobiose.

Aussi les complications qui peuvent compromettre directement l'existence, telles que l'œdème de la glotte, par exemple, sont-elles excessivement rares dans ces sortes de laryngopathies. Je n'en connais pas un seul cas. Dans tous ceux que j'ai observés, les fonctions respiratoires n'ont jamais été entravées. La circulation de l'air à travers l'organe vocal a toujours été suffisante pour fournir amplement à tous les besoins de l'hématose pulmonaire. En fait de troubles fonctionnels, je n'ai vu se produire que de l'enrouement, de la raucité de la voix, toutes les variétés des phénomènes dysphoniques et une aphonie intermittente ou continue, primitive ou consécutive, quelquefois de la toux, etc., etc.

Toutes les questions d'anatomie pathologique, de pathogénie, de physio-pathologie qui se rattachent aux déterminations de la syphilis sur le larynx, pendant les premières phases de son évolution, ont été étudiées cliniquement et avec le plus grand soin par M. le docteur Krishaber et moi (1). C'est dans ce service que nous avons recueilli les 14 observations détaillées qui servent de base à notre mémoire. Si vous nous faites l'honneur de le lire, j'espère que vous aurez une idée nette et vraie des particularités intéressantes que présentent ces laryngopathies. D'ailleurs j'aurai souvent l'occasion de vous en montrer, et je ne manquerai pas de faire ressortir, à propos de chaque cas, les circonstances de leur histoire les plus pratiques et les plus instructives pour vous.

I. — Aujourd'hui, messieurs, je veux vous parler d'un malade qui est couché au nº 9 de la salle 7. J'ai appelé plusieurs fois votre attention sur lui, et vous avez pu suivre les principales péripéties de la grave affection syphilitique du larynx qui a sérieusement menacé sa vie pendant quelques jours. Vous vous rappelez que, lors de son entrée, il était dans un état de suffocation imminente. Depuis longtemps, il avait de la dysphonie, des troubles de la déglutition, de la douleur au niveau du larynx; puis il était devenu tout à fait aphone.

Ces symptômes pharyngo-laryngiens augmentèrent progressivement et ne tardèrent pas à s'accompagner de phénomènes dyspnéiques causés par la gêne de la circulation de l'air à travers la cavité du larynx. Pendant une ou deux semaines l'embarras de la respiration fut modéré. Il était tel qu'on pouvait l'attendre de lésions qui s'étaient produites sur la glotte et dans toute la région laryngo-épiglottique. Il ne s'élevait pas encore au degré d'une complication dangereuse.

Malheureusement les choses changèrent de face lorsque le larynx se trouva englobé et immobilisé peu à peu au

(1) *Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis*, par MM. les Drs Krishaber et Mauriac, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* (1re année 1875.) Victor Masson, libraire éditeur.

milieu d'une tuméfaction dure, rénitente, diffuse, douloureuse, qui se développa au devant de lui et sur ses côtés, vers la fin du mois de juillet. Cette tuméfaction, subaiguë au début, et chronique dans ses allures, ne tarda pas à prendre au bout de quelques jours des proportions inquiétantes. En moins de deux semaines, elle envahit toutes les régions voisines de son foyer primitif. Quand je vous la fis examiner pour la première fois, elle formait sur la partie antérieure du cou, depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette du sternum, et dans tout l'espace compris entre les deux sterno-cléido-mastoïdiens, une énorme masse compacte et indurée qui émergeait des parties les plus profondes de la région laryngienne. Sa consistance était homogène sur tous ses points, excepté à sa périphérie, où elle se terminait vaguement, au milieu de tissus voisins, par un empâtement œdémateux qui conservait l'impression du doigt.

On n'y percevait pas encore de fluctuation, mais il était facile de deviner que du pus s'élaborait dans son intérieur, et qu'il ne tarderait pas à paraître sous forme d'un abcès phlegmoneux. A mesure qu'elle augmentait de volume, cette tumeur avait pris en effet un caractère aigu qu'elle n'avait pas dans le principe. La peau qui la recouvrait était tendue, luisante, chaude et légèrement teintée de rose. Le malade avait un mouvement fébrile continu entrecoupé de redoublements irréguliers. Il respirait avec une difficulté de plus en plus grande, et même il était pris quelquefois pendant la nuit d'accès de suffocation.

Cette dyspnée, causée par la compression que la tumeur exerçait sur le larynx, rendait évidemment la situation très-grave. N'était-il pas à craindre en outre que la gêne mécanique de la circulation dans le lacis des réseaux veineux qui entourent le larynx et la glande thyroïde n'entraînât une suffusion œdémateuse du tissu cellulaire sus-glottique? L'angoisse respiratoire qui se produisait sous forme de crises pendant la nuit n'était-elle pas l'indice ou le phénomène précurseur de cette redoutable complication intra-laryngienne?

Certes, messieurs, il y avait bien des raisons d'être perplexe quand on voyait grandir le danger d'heure en heure,

et qu'on songeait à des éventualités plus terribles encore. Je crois qu'en pareil cas, il ne faut pas agir avec timidité et qu'on ne doit pas hésiter à débrider largement la tumeur dans sa plus grande épaisseur, même en l'absence de toute fluctuation. Je vous avoue que je n'ai pas suivi les préceptes que je vous donne. J'aurais dû prendre le bistouri plus tôt; j'ai attendu que le pus se collectât en un abcès qui est venu proéminer sous forme conique vers le niveau du cartilage cricoïde. Il avait l'aspect d'un vaste anthrax. Je l'ai incisé à son sommet et il en est sorti une quantité considérable de pus phlegmoneux.

Ce qu'on pouvait prévoir est arrivé. Presque aussitôt après l'opération, les phénomènes de compression et les accidents dyspnéiques se sont atténués. Le lendemain l'amélioration était très-grande; elle a continué les jours suivants et vous venez de constater vous-même que le malade est à peu près guéri. Pour conjurer le danger des complications phlegmoneuses péri-laryngiennes, il faut donc recourir à l'instrument tranchant. Ne l'oubliez pas et ne vous laissez point arrêter par la crainte d'intervenir avec trop de brutalité et de précipitation. C'est là un point important de pratique sur lequel je reviendrai plus tard.

Nous allons maintenant remonter dans le passé du malade, le suivre depuis l'apparition de l'accident primitif jusqu'au moment actuel, et vous faire assister à toutes les phases pathologiques par lesquelles il a passé. Il y a longtemps que je lui donne des soins. Il est entré une première fois dans mon service il y a quelques années; puis il est venu me consulter, et, chaque fois, j'ai pris les notes les plus détaillées sur les accidents multiples et sérieux qu'il a éprouvés. Voici son histoire; elle est intéressante et instructive.

II. — Cet homme, agé de 25 ans, s'était toujours bien porté avant de contracter la syphilis. Il est d'une constitution vigoureuse. On ne découvre chez lui ou dans sa famille aucune manifestation diathésique bien définie. Il a eu trois blennorrhagies légères, une en 1868 et deux en 1869.

C'est au mois de juillet 1871 qu'il lui survint un chancre

infectant sur le fourreau. Il n'y a pas à en douter, puisque ce chancre a laissé une cicatrice caractéristique que j'ai constatée à une époque où elle était beaucoup plus visible qu'aujourd'hui, et encore entourée d'une aréole pigmentaire brune. Et pourtant, chose singulière, il n'avait pas vu de femmes depuis un an. Par quel mode de contamination, en dehors du coït ou des rapports *ab ore*, un chancre peut-il se développer sur la verge ? c'est ce que j'abandonne à votre investigation. Si étrange que cela soit, le fait a eu lieu; je n'en doute pas, car le malade me l'a affirmé à plusieurs reprises. Il n'a du reste aucun intérêt à nous tromper, et puis c'est un cocher qui me paraît trop peu soucieux de l'opinion qu'on peut avoir de sa vertu, pour se donner la peine de recourir à une imposture aussi ridicule que déplacée. Chez les personnes qui observent la continence, les chancres, quand un funeste hasard leur en fait contracter, ne siégent généralement pas sur les organes génitaux, mais plutôt sur les lèvres, sur la langue, sur les joues, sur les mains. Récemment je vous en ai montré un qui s'était niché, je ne sais trop pourquoi, sur la face dorsale du métacarpien droit. Vous en avez vu un autre qui avait été inoculé sur la joue par un rasoir. J'en ai observé plusieurs cas de cette provenance.

Le chancre de notre malade, si j'en juge par les traces qu'il a laissées, fut ulcéreux. Cependant il guérit au bout de trois semaines. Deux ou trois mois après son apparition, toute la surface de la peau se couvrit d'une éruption pustuleuse qu'on prit, paraît-il, au premier abord, pour une petite vérole. Puis il survint des maux de gorge et une laryngopathie d'une ténacité étonnante, puisqu'elle persistait encore au mois de janvier 1873, époque à laquelle je vis le malade pour la première fois.

Ainsi, messieurs, la détermination qui s'est faite dans ces derniers temps sur le larynx, n'est pas un fait nouveau et isolé; elle a des attaches avec les premières manifestations syphilitiques. Son origine remonte au deuxième mois de l'intoxication. Sans doute les accident laryngiens n'ont pas été continus. Il y a eu des alternatives de mieux et de plus mal,

et même quelquefois des guérisons apparentes ; mais à chaque poussée l'organe était atteint, et vous verrez qu'il l'était de plus en plus profondément.

J'ignore comment ce malade a été traité pendant les premières années de sa syphilis. Il s'en préoccupait fort peu, je crois, parce que sa santé générale n'avait pas été compromise. En 1872, un an après l'accident primitif, une deuxième poussée syphilitique se produisit sur la peau, sous forme d'une éruption de plaques croûteuses qui étaient confluentes sur l'épaule droite, discrètes et de peu d'importance partout ailleurs. On ne le soumit à aucune médication interne, on se contenta d'appliquer différents emplâtres sur les points malades. Aussi cette éruption syphilitique n'était-elle pas encore guérie l'année suivante, lorsque, en juillet 1873 (24e mois de la syphilis), il s'aperçut que son testicule droit était devenu beaucoup plus volumineux que le gauche ; et comme ce testicule continuait à augmenter, et que, d'un autre côté, les ulcérations de la peau ne se cicatrisaient pas, le malade comprit enfin la gravité de son état et se décida à se soigner sérieusement. Je le reçus dans mon service, le 31 décembre 1873, salle 8, n° 21.

III. — Voici quelle était sa situation au mois de janvier 1874 (30e mois de la syphilis) : on voyait au pourtour du maxilaire inférieur, du côté gauche, des ulcérations croûteuses, en partie cicatrisées, qui siégeaient au niveau de ganglions tuméfiés et leur donnaient l'apparence d'une adénopathie scrofuleuse. Dans la région dorsale il existait cinq larges plaques syphilitiques, mesurant en moyenne 4 ou 5 centimètres carrés et constituées par une tache rouge et déprimée de cicatrice centrale, au pourtour de laquelle étaient disséminées en cercle des croûtes jaunâtres stratifiées, au-dessous desquelles la peau était ulcérée. Sur le cuir chevelu on voyait des plaques de même nature qui étaient à peu près guéries. Le derme de la langue était épaissi, fendillé et recouvert sur presque toute sa partie dorsale de vastes traînées opalines.

Le malade souffrait peu de la gorge, qui était intacte à ce moment. Quant à sa voix, elle n'avait pas repris son timbre

normal; elle restait toujours rauque, déchirée, et parfois la disphonie allait jusqu'à l'aphonie complète. Cette laryngopathie, qui datait de plus de deux ans, ne causait ni toux, ni gêne de la respiration et, comme la plupart des affections syphilitiques propres à cette période de la maladie constitutionnelle, elle était remarquablement indolente. Il était évident que les lésions des cordes vocales n'étaient plus le siége d'un processus actif, et qu'elles ne consistaient plus qu'en un épaississement hypertrophique de la muqueuse laryngienne, et peut-être une légère parésie des muscles sous-jacents.

L'état du testicule droit attira principalement mon attention. Cet organe avait quintuplé de volume depuis six mois. Il constituait une tumeur piriforme, dure, lourde, irrégulièrement inégale en quelques points qui adhéraient avec les tuniques d'enveloppe. Il mesurait 9 cent. 1/2 de longueur sur 7 de largeur. On pouvait le presser dans tous les sens sans y faire naître aucune sensation douloureuse. Toute ligne de démarcation entre le testicule et l'épididyme était effacée. Quant au cordon, il n'était ni épaissi, ni induré. Le testicule gauche lui aussi avait été un peu touché, mais seulement dans son extrémité inférieure, qui présentait un petit noyau d'induration. Partout ailleurs, il avait conservé sa consistance et sa sensibilité normales, et il n'était pas augmenté de volume.

Je prescrivis 2 cuillerées de sirop de bi-iodure ioduré et 3 grammes d'iodure de potassium, à prendre chaque jour. Ce traitement fut très-bien toléré. Le 23 janvier toutes les ulcérations de la peau étaient cicatrisées. Il ne faut pas oublier qu'elles duraient depuis près de six mois et que la plupart étaient en voie de guérison lorsque la médication spécifique fut instituée. Elle resta sans influence bien appréciable sur le testicule qui, à cette date, avait à peu près la même grosseur qu'auparavant.

Au commencement de février 1874 une petite épidémie d'érysipèle se déclara dans mes salles. Cinq ou six malades en furent atteints et me fournirent l'occasion d'étudier l'influence curative de cette maladie sur certaines manifestations

cutanées et muqueuses de la syphilis (1). Notre homme n'y échappa point ; il fut obligé de garder le lit huit ou dix jours. L'inflammation érysipélateuse de la face et la fièvre furent de moyenne intensité. J'espérais que la violente action morbide qui s'était emparée de tout l'organisme faciliterait mieux que ne l'avait fait le traitement interne la résolution de la tumeur testiculaire. Mais je constatai, après la chute de la fièvre et pendant la convalescence, que son volume et sa consistance n'avaient subi aucun changement appréciable. Cependant c'est à partir de cette époque que le malade y remarqua un faible retour de la sensibilité. Le traitement, qui avait été interrompu pendant la durée de l'érysipèle, fut repris et continué jusqu'au 4 mars, époque à laquelle le malade sortit de ma salle sur sa demande. Sa santé générale était alors excellente : du reste, comme je vous l'ai dit, elle n'avait jamais été sérieusement altérée, et même, paraît-il, les fonctions génitales n'avaient subi aucune atteinte. La tumeur testiculaire, qui présentait toujours les mêmes caractères, avait un peu diminué après ce traitement de deux mois : elle n'avait plus en effet que 7 centimètres de longueur et 6 de largeur et d'épaisseur. La voix présentait à peu près les mêmes troubles fonctionnels. Aucune nouvelle poussée ne s'était faite sur la peau.

Vous voyez, messieurs, que si cette syphilis, ne fut pas maligne d'emblée, elle offrit, dès le début, dans ses manifestations successives, une gravité qui, loin de diminuer, comme on l'observe quelquefois, ne fit que s'accroître avec le temps. Que voyons-nous, en effet ? Après un accident primitif, ulcéreux, mais rapidement guéri, une première éruption généralisée qui simule une petite vérole, ce qui veut dire qu'elle est pustuleuse ; en même temps la gorge et surtout le larynx sont vivement touchés. Puis, presque sans interruption survient une nouvelle poussée. Elle est circonscrite, mais elle ulcère profondément la peau et attaque les testicules. Je me place au point de vue du pronostic pour juger un pareil processus. Eh bien, je vous dis que les dé-

(1) *Voyez* mon mémoire sur l'*Influence curative de l'érysipèle dans la syphilis.* Adrien Delahaye, 1873.

terminations syphilitiques de nature ulcéreuse qui frappent coup sur coup la peau et les muqueuses doivent faire présager en général un long avenir de lésions profondes et graves, alors même qu'elles auraient été rapidement amendées ou guéries par les traitements spécifiques, alors même, comme c'est ici le cas, que les forces générales de l'organisme auraient été respectées.

Vous m'objecterez peut-être qu'une médication hydrargyrique et iodurée instituée dès le début aurait sans doute enrayé les accidents. Je vous l'accorde dans une certaine mesure. Mais j'ai vu si souvent les syphilis les mieux traitées ne guérir que superficiellement et poursuivre leur évolution malgré toutes nos tentatives thérapeutiques, que je crois à la fatalité des poussées dans les formes bénignes, comme dans les formes graves de cette maladie. C'est une façon d'envisager les choses qui est peu rassurante, je l'avoue. Mais, au risque de passer pour un pessimiste, je vous l'énonce en toute franchise, parce que je suis convaincu qu'elle est l'expression de la réalité. Notre malade va vous en fournir une preuve. Comme il s'était bien trouvé du traitement pendant son séjour à l'hôpital, il ne manqua pas de le continuer après sa sortie. Si sa syphilis avait été mal soignée et même à peu près abandonnée à son évolution naturelle pendant les 30 premiers mois, depuis elle a été attaquée dans toutes ses manifestations par le mercure et surtout par des doses considérables d'iodure de potassium. L'usage de ce dernier spécifique n'a pas été interrompu pendant plus d'une année. Notre homme n'y a renoncé que de guerre lasse, et quand il a vu qu'il ne pouvait venir à bout de rétablir la voix et le testicule droit dans leur état normal. Ces deux organes en effet n'ont jamais été complétement guéris. Au commencement de 1875, c'est-à-dire deux ans après la seconde poussée, et quatre ans après l'accident primitif, le testicule n'avait encore diminué que des trois quarts, et il existait toujours de la dysphonie. La peau, il est vrai, n'avait été atteinte d'aucune syphilide nouvelle et la santé générale était toujours bonne.

IV.— Nous voici arrivés, messieurs, à l'époque où ont débuté les accidents dont vous avez été témoins. Quand je dis débuté, je me trompe : ils existaient sans doute,en germe, à l'état latent depuis plusieurs mois ; mais c'est vers le milieu du mois de juin 1875,que,par le fait de leur développement progressif, ils s'élevèrent à un degré d'intensité assez considérable pour tirer le malade de son apathie habituelle. Il commença par éprouver de la gêne dans les mouvements de la langue ainsi que de la douleur au contact des aliments ; la déglutition devint pénible ; une sensibilité anormale se produisit dans les mouvements du larynx; enfin les troubles de la phonation s'accusèrent par une raucité, une éraillure, une dysphonie, un étouffement du timbre de la voix plus désagréables et plus prononcés qu'ils ne l'avaient été jusqu'alors. En même temps le passage de l'air à travers le larynx semblait moins libre.

Tous ces phénomènes accusaient évidemment une laryngopathie grave et bien autrement sérieuse que celle qui s'était produite quatre ans auparavant avec les premiers accidents constitutionnels cutanés et muqueux.

Malgré l'expérience qu'il aurait pu acquérir s'il s'était donné la peine de réfléchir à ce qu'il éprouvait, le malade ne tint pas grand compte des menaces qui lui venaient du côté du larynx. Il assista avec impassibilité à l'aggravation continue de tous ces symptômes bucco-laryngiens, sans rien faire pour les atténuer ou les arrêter dans leur marche. C'est au bout de un mois seulement, vers le 15 juillet 1875, qu'il se décida à venir me consulter (quatrième année exactement révolue de la syphilis).

Je le trouvai dans un état fâcheux, quoique sa santé n'eût été que très-peu touchée. On ne voyait sur la peau que les larges cicatrices blanches et gaufrées des syphilides ulcéreuses antérieures, sans aucune lésion nouvelle. Le testicule droit avait beaucoup diminué de volume, mais il était encore plus consistant, plus lourd qu'à l'état normal, et confondu avec l'épididyme en une masse homogène et piriforme. Pourtant la sensibilité y était revenue.

Toute l'activité morbide de cette troisième poussée syphi-

litique avait convergé et s'était concentrée sur la langue et sur le larynx.

La langue avait presque doublé de volume, surtout dans le sens de son épaisseur. On voyait à sa surface de larges rugosités, des espèces de mamelonnements aplatis, séparés par des sillons irrégulièrement entre-croisés sur les bords. De la pointe à la base proéminaient de véritables tumeurs, les unes encore solides, les autres creuses et excavées. La sensibilité de l'organe était un peu émoussée; mais il avait conservé toute sa mobilité. Il présentait une teinte générale violacée comme si la circulation veineuse eût été entravée.

Messieurs, ces lésions de la langue sont assez importantes pour que je leur consacre une description détaillée. Vous voyez en elles le type des deux formes de *glossopathies* qui s'observent pendant la phase dite tertiaire de la maladie constitutionnelle.

La forme la plus accentuée, celle qui saute aux yeux, surtout quand elle a acquis tout son développement, c'est la *glossopathie gommeuse*, caractérisée par la présence de tumeurs dans l'épaisseur ou à la surface de la langue. Quand ces tumeurs sont profondes et cachées au milieu du tissu musculaire, on ne peut pas les apercevoir; mais il est toujours possible de les découvrir en palpant la langue, en la pressant entre les doigts dans différents sens, et surtout de haut en bas. L'évolution des gommes s'effectue ici comme dans tous les tissus. Après être restées plus ou moins longtemps solides et dures, elles se ramollissent à leur centre, subissent les phénomènes régressifs de la fonte granulo-graisseuse, se liquéfient, évacuent leur contenu comme un abcès et se convertissent par suite de ce processus en ulcérations profondes, taillées à pic, qui détruisent une étendue plus ou moins considérable des tissus au milieu desquels elles se sont implantées. Les ulcérations gommeuses, après avoir rejeté leurs détritus granulo-graisseux et sécrété le liquide filant et gommeux qui leur est propre, se convertissent en ulcérations de bonne nature, c'est-à-dire qu'elles se remplissent de bourgeons charnus, que leurs bords s'affaissent et se rap-

prochent à mesure que leur fond se relève, qu'elles sécrètent un pus louable et finissent par se cicatriser.

Mais toutes les gommes ne se liquéfient pas, et parmi celles qui se liquéfient toutes ne s'ouvrent pas à l'extérieur pour évacuer leur contenu. Quelques-unes se résorbent sans avoir subi la fonte purulente. C'est ce qui est arrivé à 3 des gommes de la langue que je constatai chez notre malade au mois de juillet. Elles ont disparu peu à peu sans laisser aucune trace, et à leur niveau, le tissu de la langue a repris sa consistance habituelle ; mais il n'en a pas été ainsi pour les deux autres. Elles étaient déja ouvertes à l'époque dont je vous parle. L'une d'elles, située à droite, à peu près à égale distance du bord et de la ligne médiane, s'était convertie, par l'évacuation de son contenu, en une cavité irrégulière, anfractueuse, à ouverture déchiquetée dans laquelle on pouvait introduire la pulpe de l'indicateur. L'autre, située du côté opposé, près du bord, était moins vaste; sa cavité aurait pu contenir un gros pois.

La cicatrisation de ces ulcérations gommeuses a été beaucoup plus rapide que je ne l'espérais. Aujourd'hui vous ne pouvez constater que les cicatrices avec perte de substance et dépression ou échancrure, qui en ont été la conséquence. Quant aux autres nodosités superficielles ou profondes, on ne les sentait presque plus dès le 2 du mois d'août, c'est-à-dire vingt jours à peu près après la reprise du traitement que je me hâtai de prescrire au malade de la façon la plus formelle. Et pour n'y pas revenir je vous dirai que je n'ai cessé de lui donner 2 ou 3 cuillerées à bouche de sirop de bi-iodure, et 4 ou 5 grammes d'iodure de potassium.

D'après ce que je viens de vous dire, vous voyez que la glossopathie gommeuse ne se manifeste pas d'emblée avec toutes ses lésions Elle procède en général par poussées successives de tumeurs ; si bien qu'on peut rencontrer à un moment donné sur la même langue des gommes de tous les âges, à tous les degrés du processus, depuis leur état naissant jusqu'à leur remplacement définitif par un tissu cicatriciel.

V. — Dans la deuxième forme de *glossopathie tertiaire syphilitique*, la matière plastique, au lieu de se grouper sous forme de tumeur globuleuse, s'infiltre par fusées irrégulières ou s'étale en nappes à la surface ou au sein des tissus. Il en résulte des indurations spécifiques qui se résorbent ou se liquéfient suivant le même processus que les tumeurs gommeuses. Quoique ce mode d'altération soit moins fréquent dans la langue que la tumeur gommeuse, on l'y observe quelquefois. Et c'est parce que je l'ai constaté chez notre malade, que je vous en parle et que je donne de pareils développements à cette digression.

Lorsque la suffusion de matière plastique provenant d'un épanchement ou d'une prolifération cellulaire s'insinue dans les interstices du tissu conjonctif, elle enveloppe les éléments musculaires de la langue, les étouffe, détermine leur atrophie par dégénérescence graisseuse et donne lieu aux mêmes phénomènes que la myosite diffuse. C'est une sorte de *glossite interstitielle* qui ne suppure point, mais qui, par sa résorption graduelle, n'en entraîne pas moins pour l'organe une perte plus ou moins considérable de ses éléments actifs. Il en résulte des retraits, des enfoncements, des déviations, des difformités, qui ne sont pas en rapport avec les lésions visibles et qui ne s'expliquent que par le travail latent de fonte moléculaire qui s'accomplit au sein de la substance plastique. Si on palpe la langue ainsi infiltrée, on ne perçoit pas de tumeur nettement circonscrite; on ne sent qu'une induration vague, sans limites précises, qui se confond à son pourtour avec les tissus sains. Plus tard, c'est un tissu sclérosé, une sorte de *cirrhose linguale* qui succède à cet état toujours accompagné dans sa phase d'évolution, d'une hyperémie passive de la muqueuse et d'une turgescence anormale de ses vaisseaux veineux.

Les phénomènes que je viens de vous décrire peuvent siéger sur tous les points de l'organe, à son centre comme sur ses bords, à sa pointe ou à sa base. Les proportions qu'ils prennent comme étendue sont très-variables. J'en dirai autant des formes et de l'intensité du processus, ainsi que de sa durée. Ils évoluent en général avec la lenteur de toutes

les altérations propres à la phase tertiaire de la syphilis. Aussi diffèrent-ils singulièrement par leur mode symptomatique général des *glossites interstitielles phlegmoneuses*, quoiqu'ils s'en rapprochent par quelques-uns de leurs caractères, tels que la tuméfaction diffuse, la gêne des mouvements, l'augmentation de la sensibilité, un accroissement de la sécrétion salivaire provenant de la synergie fonctionnelle qui existe entre tous les éléments de la cavité buccale.

Chez notre malade, messieurs, on ne voyait pas cette infiltration en masse de la langue. Mais, outre les tumeurs gommeuses, il existait chez lui, sur quelques points, de chaque côté de la ligne médiane, de larges plaques sous-muqueuses qui donnaient à la surface de l'organe un aspect mamelonné. En palpant ces élevures irrégulières on sentait qu'elles étaient uniformément indurées, et on constatait qu'elles adhéraient de la façon la plus intime à la muqueuse linguale. C'est que cette muqueuse elle-même avait été envahie par le travail morbide. Son derme était infiltré comme le tissu cellulaire sous-jacent ou les couches superficielles des muscles. Il est rare en effet qu'elle reste intacte. A quelque profondeur que se fasse la suffusion plastique, elle gagne la surface sur un ou plusieurs points, et fait subir à la muqueuse des transformations identiques à celles qui s'effectuent dans ses parties centrales.

Mais il arrive quelquefois que l'action syphilitique se concentre sur la muqueuse seule, l'épaissit, l'indure, l'hypertrophie, produit en elle une espèce d'*éléphantiasis transitoire* qui la déforme, détermine la chute de son éphithélium, ou le modifie et le rend squameux sous forme de plaques disséminées sur sa surface ou étalées sur elle comme une carapace. Plus tard, quand la résorption se fait, la déliquescence interstitielle atrophie le derme, l'amincit, le métamorphose en tissu cellulaire cicatriciel, le sclérose, détruit son homogénéité et lui imprime ces déformations si caractéristiques qu'on rencontre sur certaines langues qui ont été pendant longtemps et à diverses époques sous le coup d'un pareil travail désorganisateur.

Je ne vous décris ces altérations qu'à grands traits et pour

vous en donner une idée. Lorsque l'occasion s'en présentera, je leur consacrerai quelques leçons. Elles sont du plus haut intérêt à tous les points de vue. Leur diagnostic est souvent entouré des plus grandes difficultés, surtout dans les cas où aucune coïncidence manifestement syphilitique ne vient nous éclairer sur leur nature. On peut en effet les confondre avec certains psoriasis invétérés de la langue qui se rattachent à deux maladies constitutionnelles, l'herpétisme et l'arthritisme. Si vous désirez dès maintenant être édifiés sur quelques-unes des graves questions que soulève la pathologie linguale, je vous renvoie à la monographie que j'ai consacrée à l'étude du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale (1).

J'avais oublié de vous dire que les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés et qu'ils présentaient tous les caractères des adénopathies syphilitiques. Ces caractères sont à peu près les mêmes à toutes les périodes de la maladie constitutionnelle, excepté toutefois quand les glandes lymphatiques deviennent le siége de tumeurs gommeuses et qu'elles se ramollissent et s'ulcèrent. On a prétendu que dans les affections tertiaires de la langue, les ganglions péri-maxillaires ne s'engorgeaient jamais. C'est là une de ces lois beaucoup trop absolues, qu'on a créées de toute pièce et *a priori* et dont on a encombré la syphiligraphie. Quelques auteurs attribuent à la présence ou à l'absence de l'adénopathie maxillaire dans les stomatites et les glossopathies une valeur diagnostique considérable et même absolue. L'adénopathie indiquerait toujours l'existence d'une transformation épithéliomateuse de la langue. Je reconnais que lorsque les ganglions s'indurent dans certaines glossopathies psoriasiques, c'est un événement considérable. J'ai insisté sur ce fait dans mon travail et j'en ai donné des exemples. Mais cela n'implique pas que les ganglions doivent toujours rester indemnes dans les glossopathies syphilitiques. Il n'est pas douteux qu'ils s'indurent quelquefois; mais cette induration n'a aucun carac-

(1) *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*. Adrien Delahaye, 1875, et *Union médicale*, 1874-1875.

tère de gravité ; et, pour peu qu'on y prête quelque attention, on la distinguera facilement, surtout au bout de quelques jours, des *adénopathies malignes.* Toujours est-il que notre malade, bien que sa langue fût syphilitique et non épithéliomateuse, avait un engorgement spécifique des ganglions péri-maxillaires.

VI. — Maintenant, occupons-nous du larynx. Je vous ai dit que depuis un mois la phonation s'était profondément altérée. La voix était devenue rauque, déchirée, presque éteinte. Mais en outre, phénomène beaucoup plus important au point de vue du pronostic, le passage de l'air à travers la glotte était un peu strident, ce qui indiquait bien un certain degré de rétrécissement organique produit par l'altération des cordes vocales. La déglutition était difficile et il existait une douleur extrêmement vive sur le côté gauche du pharynx, entre le larynx et le sterno-cléido mastoïdien. Cette douleur était spontanée, et accrue par la pression.

L'examen de l'isthme du gosier à l'aide de l'abaisse-langue ne me fit découvrir aucune lésion. J'eus recours au laryngoscope, mais il me fut impossible de parvenir à éclairer l'intérieur du larynx, à cause du gonflement considérable de l'épiglotte, de la base de la langue et des parois latérales du canal pharyngien à ce niveau. L'épiglotte surtout était énorme et immobile ; elle avait doublé de volume ; son bord libre et sa face antérieure étaient déchiquetés et labourés par des ulcérations grisâtres, taillées à pic, à contours irréguliers. La muqueuse était d'un rouge sombre, veloutée et épaissie. Cette première exploration fut incomplète. Je la renouvelai plus tard et j'obtins de meilleurs résultats. Ainsi quelques jours après, vers le 25 juillet, je constatai l'existence d'une ulcération serpigineuse qui contournait la base de l'épiglotte à gauche, passait au-dessous de l'amygdale correspondante, après avoir un peu entamé la base de la langue, et gagnait la paroi pharyngienne. C'est cette vaste ulcération qui donnait lieu à la douleur que je vous signalais tout à l'heure sur les côtés du cou.

Le traitement mixte que je poussais avec beaucoup de

vigueur ne tarda pas à manifester son influence salutaire sur quelques lésions, entre autres sur les gommes et les ulcérations gommeuses de la langue. En effet, le 2 août, c'est-à-dire 17 jours après l'administration à haute dose des deux spécifiques, et en particulier de l'iodure de potassium, on ne sentait presque plus de dureté dans cet organe. Les tumeurs s'étaient à peu près fondues, sauf une à gauche, qui avait encore les dimensions d'une petite noisette. Quant aux deux ulcérations provenant de la fonte de deux gommes, elles étaient à peu près cicatrisées.

La tuméfaction diffuse, l'induration par plaques de la muqueuse linguale avaient aussi beaucoup diminué. Enfin l'engorgement des parties latérales du pharynx et de la base de l'épiglotte était moins considérable que les jours précédents, ce qui me permit d'explorer avec le laryngoscope l'intérieur de la cavité laryngienne.

Voici ce que je constatai à cette date : l'épiglotte était toujours rouge, infiltrée et comme sclérosée ; mais ses ulcérations commençaient à se déterger ; leur fond s'élevait tandis que leurs bords s'affaissaient. Il en était ainsi de la large ulcération serpigineuse de sa base. Les replis aryténo-épiglottiques présentaient un épaississement et une rougeur considérables. Les cordes vocales, que je ne parvins à éclairer qu'incomplétement, me semblèrent très-hypertrophiées, inégales, déchiquetées sur leurs bords et très-peu mobiles.

La respiration était devenue fort gênée depuis deux jours. Le malade avait quelques étouffements pendant la nuit. La peau était chaude, le pouls fréquent, et la santé générale commençait à s'altérer sensiblement.

C'est que, Messieurs, une nouvelle complication s'était produite : le cou, au niveau du larynx, principalement à droite, avait grossi ; il s'était formé dans toute la région péri-laryngienne un épanchement de matière plastique qui englobait et immobilisait l'organe. Il en résultait une tumeur très-dure, à peu près indolente, dans laquelle on ne sentait aucune fluctuation, et qui présentait cette particularité d'avoir débuté sourdement et de n'augmenter que peu à peu chaque jour et avec une lenteur remarquable. Aussi, quoiqu'elle offrît

quelques-uns des caractères du *phlegmon*, j'écartai l'idée de l'attaquer à ce moment-là avec l'instrument tranchant.

Sauf son accroissement progressif, aucun incident ne signala son processus pendant les 8 ou 10 premiers jours de sa durée. J'espérais que l'iodure de potassium en ferait justice. Mais il n'en fut rien. C'est vers le 11 août que des signes bien nets d'inflammation phlegmoneuse commencèrent à se montrer. Le 13 (16e jour de la tuméfaction), ils étaient très-accusés. L'empâtement péri-laryngien avait presque doublé le volume du cou ; la peau qui le recouvrait était rouge, tendue, luisante, épaissie. Le tissu cellulaire sous-cutané présentait une infiltration diffuse d'une matière plastique ou purulente dans laquelle le pus n'était pas encore collecté en foyer. La toux, dont j'ai oublié de vous parler, qui avait été dès le début de la laryngopathie fréquente, pénible, déchirée et quelquefois spasmodique, s'était calmée depuis 3 ou 4 jours ; mais la gêne de la respiration devenait plus considérable. Fièvre, céphalalgie, faiblesse générale. — La tuméfaction mesurait de haut en bas 8 centim. et d'un côté à l'autre 12 centimètres.

Le 15 août (18e jour), un abcès comme furonculeux ou anthracoïde s'était formé au devant du larynx. Je l'ouvris et il en sortit une quantité considérable de pus. Il n'est pas besoin de m'étendre sur l'état du malade au moment de l'opération ; je vous en ai tracé le tableau au commencement de cette leçon. Il ne me reste plus à vous parler que de ce qui suivit, des phénomènes qui signalèrent la résolution de cette tumeur plegmoneuse, et des lésions que je constatai ultérieurement dans l'intérieur du larynx.

Un soulagement considérable et presque immédiat fut la conséquence de l'évacuation du pus. Mais ce soulagement toutefois ne fut ni aussi grand ni aussi prompt que dans les formes ordinaires du phlegmon cervical. Quoi qu'il en soit, les dangers imminents de la suffocation furent conjurés. Il se produisit dans tout l'organisme une détente favorable, et un mieux marqué ne tarda pas à se manifester. Le malade avait beaucoup maigri, ses forces étaient épuisées. Aussi je fis suspendre tous les médicaments et je lui prescrivis uniquement des toniques.

La voix restait toujours éteinte. Le 18 août, 4 ou 5 jours après l'opération, voyant que le volume du cou avait diminué et que ses mouvements devenaient plus libres, je tentai une nouvelle exploration laryngoscopique, et voici ce que je constatai: L'épiglotte était toujours très-hypertrophiée dans tous les sens, rouge, inégale, déchiquetée sur ses bords et immobilisée. Quoique les replis aryténo-épiglottiques fussent, comme elle, fort épaissis par le gonflement de la muqueuse et l'infiltration plastique sous-jacente, on pouvait découvrir les cordes vocales. Elles étaient triplées au moins d'épaisseur, d'un rouge sombre uniforme, tomenteuses, couvertes sur leur face supérieure et sur leurs bords d'ulcérations profondes et confluentes qui circonscrivaient tout l'hiatus de la glotte. Il en résultait que cet hiatus était diminué dans tous les sens, en longueur et en largeur. Il ne se fermait pas complétement et se dilatait peu par suite d'un défaut d'amplitude dans le jeu des cordes vocales, provenant sans doute tout à la fois des ulcérations dont elles étaient le siége et d'un affaiblissement dans la contractilité de leurs muscles moteurs.

VII. — Les jours suivants nous fûmes témoins d'un phénomène qui me paraît être d'une grande valeur pour établir la véritable nature de ce phlegmon à allures si particulières. A la surface de la masse qui ne s'était pas encore résorbée, un peu en haut et à droite, au-dessus de l'ouverture de l'abcès, une partie de l'induration se ramollit peu à peu, puis devint fluctuante et forma sous la peau amincie, un peu rouge et décollée dans une étendue de 5 ou 6 centimètres carrés, une *collection de liquide sans doute purulent*. Je dis sans doute, car je ne le vis pas. Fermement convaincu que cette collection, provenant de la fonte d'une hyperplasie syphilitique, pouvait, comme on l'observe assez fréquemment en pareil cas, disparaître sans être évacuée ou sans s'ouvrir d'elle-même, je me gardai bien de porter sur elle l'instrument tranchant; je ne fis même appliquer à sa surface aucun topique résolutif. Mes prévisions furent justifiées par l'événement.

Cet *abcès pseudo-phlegmoneux* qui avait donné les pre-

miers signes de son existence vers le 19 août, se résorba peu à peu, sans percer, après avoir parcouru toutes les phases de la liquéfaction, et il n'en restait plus aucune trace le 1er septembre.

Messieurs, j'insiste sur ce fait. Je vous prie d'en bien peser la signification. Je vous ai dit souvent que lorsque vous verriez survenir, dans le cours de la syphilis, des collections sous-cutanées de cette nature, qu'elles fussent précédées ou non de phénomènes plus ou moins inflammatoires et d'engorgements subaigus ou chroniques, diffus ou circonscrits, du tissu cellulaire, vous deviez vous abstenir de les ouvrir. En agissant autrement, en la traitant comme les abcès phlegmoneux ordinaires, c'est-à-dire en les incisant de bonne heure ou tard pour évacuer leur contenu, loin de favoriser leur guérison, vous la retarderiez. J'ai été souvent frappé de la résorption spontanée et rapide des ces collections sous-cutanées, alors que tout semblait faire présager leur évacuation prochaine. Quoique la peau soit amincie, rouge, exfoliée à leur surface, elle résiste; et bientôt on est étonné de la voir reprendre peu à peu, son épaisseur, sa consistance et sa coloration normales, à mesure que la tumeur diminue de volume. Je me suis toujours applaudi d'avoir abandonné ces abcès à leur marche naturelle. Il y a de grandes chances pour qu'ils guérissent spontanément. Et c'est parce que je comptais beaucoup sur cette éventualité favorable que, malgré l'urgence des indications, je ne me hâtai pas d'attaquer cette tumeur phlegmoneuse du cou avec le bistouri.

L'état général s'étant amélioré, je repris le traitement spécifique le 25 août. J'administrai quotidiennement au malade 2 cuillerées de sirop de bi-iodure ioduré et 5 grammes d'iodure de potassium. Peut-être les deux spécifiques n'ont-ils pas été sans influence sur la résorption du second abcès; je dois faire remarquer cependant qu'ils ne l'avaient pas prévenu et qu'ils n'avaient pas empêché non plus le premier de se former.

Et ce premier abcès que devint-il? Eh bien, messieurs, il y a là encore, dans la façon dont il s'est comporté après avoir été ouvert, quelque chose de tout spécial et de caractéristique

qui me semble bien propre à éclairer sa nature et à déterminer son point de départ. Loin de se fermer au bout de quelques jours, l'ouverture de cet abcès resta *fistuleuse* comme celle des abcès chroniques et ossifluents. Elle mit plus d'un mois à se cicatriser. Pendant plusieurs jours ses bords furent entourés d'un bourrelet fongueux, d'une excroissance charnue semblable à celle qu'on voit végéter autour des fistules osseuses. J'en ai conclu que le squelette cartilagineux du larynx avait probablement été atteint par l'action syphilitique ; qu'une portion plus ou moins étendue avait d'abord été ossifiée, puis peut-être cariée ou nécrosée, ou bien que le périoste seul avait été atteint. Il est vrai que je ne vis pas sortir de sequestre au milieu du pus et qu'une exploration, du reste assez sommaire et incomplète, que je fis avec un stylet, ne me permit point de constater ces lésions. Toujours est-il qu'après la guérison, qui eut lieu vers les derniers jours de septembre, la cicatrice consécutive à l'ouverture restée si longtemps fistuleuse était enfoncée en entonnoir et que son fond adhérait intimement au cartilage thyroïde ou au cricoïde.

Je n'ai aucune autre particularité à vous signaler chez ce malade. Sa santé s'est rétablie peu à peu, mais les lésions du larynx persistent et la voix est toujours rauque ou éteinte, il a même quelquefois un peu d'oppression pendant la nuit. Toutefois son existence n'est plus menacée et le phlegmon péri-laryngien est complétement guéri.

VIII. — Je pourrais m'en tenir là, mais je désire vous présenter encore quelques considérations au sujet des laryngopathies syphilitiques graves et des accidents qui les peuvent compliquer. Comme je vous le disais, ce n'est généralement pas durant les premières phases de la maladie constitutionnelle qu'elles sont à craindre. Les lésions sont trop superficielles pour désorganiser les cordes vocales et rétrécir par elles-mêmes ou par les cicatrices qui leur succèdent la cavité laryngienne. Et pourtant si on jugeait de leur pronostic d'après les troubles fonctionnels qu'elles produisent du côté de la voix, on pourrait les croire tout aussi sérieuses que celles qui appartiennent à la phase tertiaire. Il ne faut donc pas s'en

fier aux apparences. Il importe, en l'absence de tout examen laryngoscopique, de consulter la date à laquelle survient une laryngopathie syphilitique, de rechercher avec soin les lésions concomitantes de même nature, de supputer l'époque des attaques antérieures, les intervalles qui les ont séparées, de s'enquérir de leur modalité symptomatique en ce qui concerne les fonctions respiratoires, d'explorer minutieusement la base de la langue, les côtés du cou et toute l'étendue de la région laryngienne extérieurement. C'est quand on est en possession de toutes ces données qu'on peut établir un diagnostic et un pronostic à peu près exacts. Il est bien entendu que le laryngoscope fournit des notions encore plus positives et que lui seul est capable, dans beaucoup de cas, de nous faire connaître si la voix rauque, la dysphonie, l'aphonie, etc., dépendent de lésions superficielles et profondes. Il a l'avantage, quand on peut l'employer, de nous mettre sous les yeux toutes les lésions de l'épiglotte, des replis, des parties profondes et latérales du larynx, de la glotte, des parties sus et sous-glottique du larynx et même de la trachée. Il nous permet en outre de porter avec précision des topiques médicamenteux sur les lésions qu'il faut modifier. On doit donc y recourir toutes les fois que cela est possible, et on y doit recourir surtout dans les laryngites graves qui sont menacées d'unité de complications plus ou moins sérieuses.

Mais ces complications, peut-on les prévoir, même après les investigations cliniques et laryngoscopiques les plus minutieuses? Je répondrai par l'affirmative, pour quelques-unes et dans certains cas. Il est clair que l'*œdème de la glotte*, par exemple, est imminent quand de profondes ulcérations de la glotte, de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques s'accompagnent d'un engorgement périphérique considérable, et qu'il survient de temps en temps sans doute, sous l'influence de bouffées hypérémiques consécutives, des crises d'angoisse respiratoire.

Dans les ulcérations annulaires de la trachée, au-dessous du cartilage cricoïde, les *rétrécissements cicatriciels* sont à craindre.

Quant au *phlegmon péri-laryngien*, je suis plus embarrassé pour vous indiquer ses phénomènes prémonitoires et pour spécifier d'une manière positive les causes qui le préparent et le provoquent. En général ce sont les périostoses laryngées, les caries et les nécroses des cartilages ossifiés du larynx. Je crois bien que chez notre malade le phlegmon péri-laryngien s'est développé sous cette influence. Mais comment la constater ? Dans le cas en question je n'en ai découvert aucune indice. La vive douleur locale en était-elle un ? Je serais disposé à le croire. Mais tenez compte surtout de la moindre augmentation de volume qui se produit extérieurement dans l'appareil vocal, surtout quand cette augmentation de volume s'accompagne d'un effacement des diverses parties constituantes du larynx, qu'on perçoit assez distinctement chez les individus dont le cou n'est pas trop chargé d'embonpoint. Notez aussi la diminution dans la mobilité de l'organe, de haut en bas et dans le sens latéral.

Du moment que la tuméfaction péri-laryngienne s'est étendue aux parties voisines, qu'elle a effacé les saillies, les courbes, les creux de la partie antérieure du cou, le diagnostic ne présente que peu de difficultés, surtout quand on a suivi le processus de l'affection laryngienne et qu'on a la certitude que la glande thyroïde n'est pas en jeu, ce dont il est facile de s'assurer, en tenant compte du point de départ, de la forme de la tumeur et d'autres circonstances qu'il est inutile de développer ici.

L'existence d'un *engorgement péri-laryngien*, survenu comme complication d'une laryngopathie syphilitique, est mise hors de doute. Eh bien, ce n'est là que la partie la plus élémentaire du diagnostic et du pronostic. Ne faudra-t-il pas savoir quelle est sa nature, quel sera son processus, à quel moment, de quelle manière et dans quelle mesure on devra intervenir pour prévenir ou arrêter le danger ; quelles sont les complications de second ordre que pourra provoquer cette complication qui est de premier ordre, en tenant compte de la succession et de l'enchaînement chronologique des accidents ?

IX. — Encore quelques mots, Messieurs, sur ces diverses questions. Elles sont d'un intérêt théorique et pratique qu'on

ne saurait méconnaître. Je fais bon marché du premier. J'insisterai un peu plus longuement sur le second.

Je vous ai laissé pressentir ma manière de voir en ce qui concerne la *nature* de cet engorgement. Je ne dis pas son *origine :* elle est évidemment syphilitique. Je veux parler de ce quelque chose de plus intime qui distingue une lésion d'une autre lésion, si semblables que toutes les deux paraissent de prime abord. Entendons-nous bien, je vous prie. Voici ce que je veux dire : la syphilis, par une de ses manifestations, peut devenir la cause occasionnelle d'un œdème, d'une congestion, d'une inflammation, d'une névralgie, etc., qui ne différeront pas sensiblement des mêmes lésions survenues sous l'influence de toute autre cause accidentelle ou diathésique, et qui s'exprimeront par les phénomènes et le processus propres à ces lésions, dans ce qu'elles ont de plus commun, de plus général. Mais la syphilis va quelquefois plus loin : agissant comme cause occasionnelle par l'intermédiaire d'une des lésions qui lui sont propres, elle fait naître une complication; et de plus, elle imprime à cette complication un caractère spécifique qui fait que l'œdème, l'hyperémie, l'inflammation, la névralgie, etc., ne sont plus des phénomènes morbides d'ordre commun, général, mais des phénomènes imprégnés d'une spécificité de nature, qui les met sur la même ligne que les accidents qui procèdent en droite ligne et immédiatement de la maladie constitutionnelle.

Eh bien, je suis convaincu que l'engorgement péri-laryngien dont nous avons étudié ensemble l'évolution, était encore plus *syphilitique* que *phlegmoneux*, et qu'il émanait d'une action diathésique plutôt que d'un effort éliminateur de la nature. Je n'en veux pour preuve que les circonstances suivantes : 1° l'insidiosité de son début ; 2° la lenteur et l'indolence de son processus ; 3° son peu de réaction sur l'organisme; 4° sa persistance, pendant 14 jours, à l'état d'induration ; 5° l'absence presque complète de l'œdème périphlegmoneux ; 6° la circonscription, sur un point limité, de la fonte purulente ; 7° la déliquescence et la résorption spontanées sur un autre point, sans évacuation de la matière plastique qui constituait l'engorgement.

Est-ce ainsi, je vous le demande, que les choses se passent, dans les phlegmons communs ou éliminateurs ?

Vous m'objecterez peut-être que tout cela n'est pas trèsclair. Je le regrette, mais ce n'est pas ma faute.

L'organisme est beaucoup plus complexe dans ses opérations que ne le supposent ceux qui veulent lui imposer la simplicité de leurs conceptions pathologiques. Il est facile de n'être pas obscur si l'on fait table rase des nuances pathologiques. C'est la méthode des dogmatiques. Je lui préfère l'observation rigoureuse, si peu séduisante qu'elle soit dans l'enseignement. Voilà ce qui est. Tirez-en d'autres conclusions si les miennes ne vous plaisent pas.

X. — Les indications thérapeutiques se déduisent de la nature de la complication, de son processus, et des accidents qu'elle peut susciter dans un bref délai. Par cela même qu'elle présente une teinte syphilitique fortement accentuée, il est évident qu'il faut la combattre dès le début par une médication spécifique à hautes doses. L'iodure de potassium à l'intérieur et les frictions mercurielles sur la surface de la tumeur sont les moyens les plus efficaces pour résoudre l'engorgement. S'il augmente, on aura recours aux vésicatoires volants répétés. Mais dès qu'une collection purulente se formera, avec les caractères d'un abcès plus ou moins franchement aigu, il faudra se hâter de l'ouvrir avec l'instrument tranchant. Quand on aura déféré à l'urgence de cette indication, on pourra laisser se résorber d'elles-mêmes, comme je l'ai fait, les collections ultérieures, surtout s'il n'existe plus aucun phénomène de compression sur le larynx.

L'incision prématurée et largement faite sur la ligne médiane, au niveau du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, devrait être tentée, s'il y avait, outre les phénomènes de compression laryngienne, des accès de suffocation provoqués par un œdème de la glotte ou une paralysie des muscles moteurs des cordes vocales. Cet œdème et cette paralysie sont imminentes en pareil cas. Il faut toujours avoir en vue leur occurence plus ou moins prochaine, car la tumeur agit par compression non-seulement sur l'or-

gane vocal, mais aussi sur les vaisseaux veineux et sur les nerfs laryngés.

L'incision telle que je la conseille a le double avantage de produire une détente immédiate, en dégorgeant les tissus, et de constituer en outre le premier temps de la trachéotomie, de la préparer d'avance et d'en faciliter l'exécution, dans le cas où il deviendrait indispensable de la pratiquer.

NOUVEAUX FAITS DE TUBERCULOSE MILIAIRE DE LA GORGE ET INFILTRATION TUBERCULEUSE DE L'ÉPIGLOTTE ET DU LARYNX

Par le Dr **Isambert.**

Depuis que nous avons eu l'occasion, en 1871 et 1872, d'attirer l'attention de nos collègues de la Société des hôpitaux sur la présence des tubercules miliaires de la gorge, ces faits se sont présentés de jour en jour plus nombreux, et les communications de MM. Vulpian, Bucquoy, Hayem et Martineau nous permettaient l'an dernier de tracer dans ces *Annales* (mai 1875), une description d'ensemble basée sur huit ou neuf observations dont trois avec autopsie, et deux avec examen histologique. Pour peu que nos confrères portent leur attention sur ce sujet, ils trouveront, nous n'en doutons pas, des observations nouvelles à ajouter aux documents que nous possédons déjà. Plusieurs de nos collègues ont reconnu à nos descriptions des faits qui leur étaient passés antérieurement sous les yeux, mais dont ils n'avaient pas eu une interprétation complète ; et bien que tous ceux qui ont vu n'aient pas publié leurs observations, nous avons quelques faits nouveaux à ajouter à notre Mémoire de l'an dernier.

M. Cornil a donné dans le *Journal des connaissances médicales* (fondé par le regretté Caffe), n° du 13 juillet 1875, p. 193, l'observation d'un malade qu'il avait soigné au mois

de juillet 1874. Ce malade, employé dans une maison de commerce, et qui était atteint depuis une année environ de signes très-manifestes de phthisie pulmonaire, n'avait cependant pas interrompu son travail. Au moment où il vit M. Cornil, il souffrait beaucoup de la gorge depuis un mois environ, et il avait maigri en raison de la difficulté qu'il avait à manger. « L'examen de la gorge fit voir une ulcération à bords irréguliers et festonnés, grise, avec des points jaunâtres saillants sur la partie ulcérée, d'aspect blafard, et sur les bords de laquelle il y avait des granulations. L'une d'elles plus saillante, était bien isolée et en voie d'ulcération à son sommet. Cette plaque, ulcérée, allongée de bas en haut, siégeait sur le pilier antérieur du voile du palais, du côté droit. Il y avait une ulcération de même nature, mais moins avancée, sur l'amygdale du même côté. Je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'ulcération tuberculeuse, car la perte de substance, et les granulations périphériques ressemblaient exactement à la forme d'ulcération bien connue aujourd'hui de la langue. L'examen de la poitrine montra des lésions très-avancées des deux sommets : dans l'un il y avait des cavernes anciennes avec leurs signes caratéristiques ; dans l'autre, des cavernules en voie de formation. »

« Je prescrivis, ajoute M. Cornil, un traitement général, et je touchai au nitrate d'argent l'ulcération du pharynx. Le malade revint à ma consultation. Comme je partais en vacances, je l'adressai à M. Brouardel, qui voyait pour la première fois une lésion de cette nature, et qui fit immédiatement le même diagnostic d'ulcère tuberculeux. Le malade mourut pendant le mois de septembre. »

M. Cornil confirme du reste ce que nous avons dit nous-mêmes des caractères qui permettent de poser avec certitude le diagnostic de cette lésion d'avec les angines diphthérique, pultacée simple et syphilitique. Il s'accorde pour les caractères histologiques avec MM. Troisier et Hanot, et y reconnaît des lésions tuberculeuses très-caractéristiques qui siégent profondément dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Le chorion sous-muqueux, au niveau de l'ulcération, manque ou bien il est infiltré d'éléments cellulaires en dégéné-

rescence caséeuse. La lésion peut être assimilée de tout point aux ulcères tuberculeux de la langue dans lesquels les granulations tuberculeuses les mieux définies siégent profondément dans le tissu conjonctif interposé aux fibres musculaires de la langue.

« J'ai eu l'occasion, ajoute encore cet histologiste distingué, d'examiner au microscope, au commencement de l'année 1874, le voile du palais d'un malade du service de M. Bernutz, à la Charité. Le voile du palais était très-épais et ulcéré. M. Bernutz avait porté le diagnostic d'ulcère tuberculeux. Le malade étant mort par suite des progrès de son affection pulmonaire, nous fîmes, M. J. Renaut et moi, l'examen anatomique du voile du palais altéré. L'épaississement était dû surtout à la formation de tissu embryonnaire au fond et aux bords de l'ulcération et à une hypertrophie des glandes acineuses de la région. Les cellules épithéliales de certaines de ces glandes étaient infiltrées de granulations graisseuses. Nous trouvâmes aussi, sur le bord de l'ulcération, des amas de cellules rondes ayant la forme et les caractères des granulations tuberculeuses. »

« D'après l'ensemble de ces faits, on doit nécessairement admettre l'existence bien prouvée d'une angine tuberculeuse.

« La forme aiguë décrite par M. Isambert et qui est très-bien définie en raison de la présence de tubercules récents n'est probablement pas la seule qui puisse se présenter à l'observation. »

Nous avions nous-mêmes vu de son vivant le malade de M. Bernutz et confirmé pleinement son diagnostic. La dernière remarque de M. Cornil est parfaitement exacte, et dans notre Mémoire de l'an dernier, nous disions déjà qu'à côté des formes suraiguës qui nous avaient frappé tout d'abord, par l'avance considérable que les lésions pharyngo-laryngées avaient prise sur les lésions pulmonaires, avance qui constitue une anomalie dans l'histoire de la phthisie laryngée, on trouverait des formes intermédiaires où la phthisie serait moins aiguë et où la maladie laryngienne serait manifestement consécutive à celle du poumon : les observations de

MM. Bucquoy et Martineau nous en fournissaient des exemples; les deux observations citées par M. Cornil nous en donnent deux nouveaux cas : La phthisie pulmonaire paraissait exister depuis assez longtemps, lorsqu'une *poussée nouvelle* a amené la tuberculose miliaire de la gorge, et imprimé une marche accélérée à l'affection qui devait enlever le malade.

Notre excellent collègue, M. Laboulbène, qui a aussi étudié ces granulations miliaires des muqueuses, s'occupe en ce moment de les rechercher jusque dans l'œsophage, mais nous n'avons encore aucun résultat positif à cet égard.

Nous avons, au mois de novembre dernier, reçu presque simultanément, dans notre service de Lariboisière, deux jeunes femmes atteintes de *tuberculose miliaire* de la gorge parfaitement caractérisée.

L'une était déjà très-avancée, et les granulations grises envahissaient déjà les deux côtés du voile du palais, à droite et à gauche; de plus, l'épiglotte présentait une érosion analogue, et était le siége d'une infiltration qui doublait son volume. Les ligaments ary-épiglottiques étaient le siége d'un œdème qui menaçait la malade de suffocation; les lésions pulmonaires passaient du 2e au 3e degré, d'après les résultats de l'auscultation. Cette malade n'est restée soumise à notre observation qu'une quinzaine de jours au plus. Malgré tous nos avis, elle a réclamé impérieusement sa sortie, et nous ignorons ce qu'elle est devenue. Son existence n'a pas dû se prolonger bien longtemps.

L'autre, âgée de 25 à 30 ans, était dans un état moins grave, et a pu être présentée à la Société médicale des Hôpitaux dans sa séance du 12 novembre 1875. (V. *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1875, p. 287, et *Union médicale*, 1876, n° 4, p. 58) (1). La lésion, c'est-à-dire l'érosion superficielle de la muqueuse constituée par de fines granulations tuberculeuses, n'occupait encore que la face antérieure de la luette et le pilier postérieur droit du voile

(1) Deux fautes d'impression se sont glissées dans ces deux recueils, fautes faciles à corriger d'ailleurs: *esprit*, au lieu de *aspect;* et *altérations*, au lieu de *ulcérations*.

du palais. Elle est en tout semblable, comme aspect et comme nature, aux ulcérations tuberculeuses de la langue, étudiées dans ces dernières années. La luette était encore intacte, mais le pilier postérieur était déjà fortement entamé; derrière l'ulcération de ce voile, une excavation, presque large comme une pièce de 20 centimes, tendait à se former dans la paroi pharyngienne postérieure, et cette surface se couvrait de la teinte grisâtre qui a été mentionnée dans toutes les observations connues. Les poumons présentaient déjà aux sommets quelques craquements humides.

Depuis l'époque où la malade a été présentée à la Société des Hôpitaux, nous avons continué à la soigner soit à l'hôpital, soit à notre service de traitement externe. La luette n'a pas tardé à reprendre et à tomber, détruite à sa base par la tuberculose miliaire; mais, à partir de ce moment, l'état de la muqueuse a paru s'améliorer; le voile du palais, n'étant plus tiraillé par le poids de cet appendice, est devenu un peu moins douloureux; en même temps et après, il est vrai, bien des oscillations en bien ou en mal, les granulations tuberculeuses ont paru s'en aller petit à petit par un travail de caséification et de suppuration, et les petites ulcérations alvéolaires, qui se produisent à la suite de ce travail, ont paru se combler en partie. Les piliers, le bord libre du voile du palais ont pris un aspect meilleur, et l'ulcération, que nous signalions à la paroi postérieure du pharynx, et qui était déjà caséeuse, est elle-même détergée et comblée en partie. Les surfaces encore mamelonnées ont perdu leur aspect blanchâtre, et présentent une couleur rose de bonne nature. Ce résultat tout à fait inespéré, si on se reporte aux observations connues antérieurement, a été obtenu par des attouchements presque journaliers avec la glycérine morphinée. Ce topique, uni d'ailleurs à l'action d'un traitement général reconstituant, est celui qui paraît le mieux réussir. Les divers caustiques qui ont été employés précédemment (nitrate d'argent, iode, chlorure de zinc, acide chromique) sont très-douloureux pour les malades, et, dans des tissus qui sont, comme la muqueuse pharyngienne l'est dans ce cas, infiltrés de granulations grises à une assez grande profon-

deur, ces caustiques ne paraissent produire aucune réaction réparatrice. Mieux vaut attendre l'élimination spontanée du produit tuberculeux, que de déterminer une inflammation interstitielle très-douloureuse, et qui ne peut que hâter la destruction totale de la membrane. La morphine a pour premier avantage d'endormir efficacement la douleur, si vive en pareil cas, de calmer la dysphagie ordinairement intolérable qui tend à se produire; et la glycérine, que nous lui donnons pour véhicule, a par elle-même une action cicatrisante qui paraît rester dans les limites que comporte l'état des surfaces malades.

Il est à craindre, toutefois, que l'amélioration actuelle ne soit que passagère, car nous avons assisté déjà chez cette malade à bien des alternatives d'amélioration et de rechute. Déjà, depuis longtemps, l'épiglotte et les éminences aryténoïdes sont infiltrées par un de ces œdèmes à sérosité gélatineuse, où le microscope a déjà fait reconnaître (dans des cas analogues) des éléments tuberculeux, et déjà cette tuméfaction a produit, non pas des menaces de suffocation, mais de la dyspnée. Enfin les poumons continuent à nous préoccuper, bien que la maladie pulmonaire n'ait pas paru faire de grands progrès depuis six mois. La phthisie galopante ne s'est pas montrée; les craquements qui nous faisaient, au début, soupçonner des lésions du second degré, sont pour le moment atténués, mais la percussion donne un manque d'élasticité aux deux sommets. La respiration est sèche à l'auscultation, l'ampliation vésiculaire incomplète, quelques craquements fins disséminés apparaissent çà et là sans dépasser pour le moment ces signes de déplissement appelé bruit de billet de banque. Enfin, la voix et la toux donnent un retentissement assez marqué sous les clavicules. Ce sont là des signes bien atténués, mais on sait combien la granulie ou l'infiltration générale des poumons par les tubercules miliaires, donne peu de signes stéthoscopiques jusqu'au moment où la désorganisation apparaît par les symptômes les plus graves, et par la fonte du poumon la plus accélérée. Il convient donc de garder toute la gravité de notre pronostic malgré l'amélioration actuelle. Celle-ci prouve toutefois que

la maladie n'a pas toujours la marche rapide et incessante que nous lui avons reconnue dans les cas les plus graves, et qu'elle peut présenter des entr'actes assez longs dans le développement de ses manifestations.

Enfin, dans ces derniers temps, nous avons présenté à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 12 mai 1876) une jeune fillette de 4 ans 1/2, atteinte d'une tuberculose miliaire de la gorge tout à fait typique.

Cette enfant, née de parents bien portants (au moins la mère, que nous avons vue nous-même), ne paraît présenter aucun antécédent héréditaire grave, ni tuberculose, ni syphilis notamment. La mère a seulement éprouvé quelques accidents lymphatico-strumeux dans sa jeunesse. L'enfant elle-même a présenté quelques manifestations scrofuleuses dans sa première enfance, lesquelles se sont sans doute aggravées par suite d'une nourriture défectueuse dans les premiers mois de la vie. Elle est restée quatre ans en nourrice, et lorsqu'elle en est revenue, il y a quatre mois, sa mère s'aperçut que son voile du palais était couvert d'ulcérations blanchâtres, et qu'elle n'avait plus de luette. Déjà antérieurement, elle avait eu le nez bouché par un coryza chronique, et elle avait été atteinte, du côté de l'œil droit, d'une kérato-conjonctivite de nature scrofuleuse qui dure encore. Les médecins qui ont vu la gorge n'ont pas dénommé cette angine, et ont ordonné les moyens palliatifs appliqués aux angines tonsillaires. Les gargarismes astringents et les cautérisations au nitrate d'argent et à l'iode ont été très-douloureux pour l'enfant, et n'ont amené aucune amélioration de l'état local.

Lorsque la petite malade nous a été présentée à notre clinique de l'hôpital Lariboisière, les caractères objectifs de la lésion étaient tout à fait typiques : ulcération mamelonnée, chagrinée et blanchâtre, comme un semis de grains de semoule ou des œufs de poissons, formant par leur réunion des plaques à bords ondulés, entourées d'un liseré rose tendre, de 1 millimètre de large. Ces plaques occupent tout le bord libre du voile du palais sur une largeur d'environ 1 centimètre, et envahissent les piliers : la luette est déjà tombée, et il n'en reste qu'un tronçon. La paroi postérieure

du pharynx est intacte, bien que d'un rouge assez vif, et elle est baignée de crachats abondants, qui ne sont pas visqueux, épais et adhérents comme ceux de l'angine scrofuleuse. L'épiglotte et les éminences aryténoïdes sont déjà tuméfiées et deviennent probablement le siége d'une infiltration de protoplasma tuberculeux.

Il n'y a pas encore de douleur excessive dans la déglutition. La voix n'est pas enrouée très-sensiblement, l'enfant respire difficilement et fait entendre un peu de cornage. Elle tousse assez souvent, surtout la nuit, et de gros ronchus se produisent dans la gorge et dans la trachée. Ces bruits retentissants couvrent les phénomènes stéthoscopiques que pourrait faire percevoir l'auscultation de la poitrine, et empêchent d'apprécier exactement l'état des poumons. Toutefois on n'entend pas de craquements secs ou humides, ni de bruits cavitaires. On n'a donc aucun signe certain de tuberculose pulmonaire; mais, en présence de la lésion si caractéristique de la gorge, et de l'envahissement commencé de l'épiglotte et des aryténoïdes, il est à craindre que les poumons ne soient déjà ou ne soient prochainement pris. Le pronostic est donc grave. Nous continuons de traiter et d'observer l'enfant. C'est la première fois, à notre connaissance, que cette forme si intéressante de la tuberculose miliaire est signalée à un âge aussi tendre.

Nous avons, dans les lignes qui précèdent, parlé plusieurs fois d'œdèmes de l'épiglotte qui n'étaient que des infiltrations tuberculeuses. Nous allons indiquer brièvement les résultats auxquels nous ont conduit à cet égard nos études les plus récentes.

Tous les laryngoscopistes savent que c'est dans la phthisie laryngée surtout qu'on observe ces tuméfactions énormes de l'épiglotte que nous avons autre part désignées sous le nom d'épiglottes en phimosis, ou en paraphimosis, tant leur aspect présente de similitude avec l'aspect de certaines balanoposthites, ou lésions analogues de la verge. On considère généralement cette tuméfaction comme le résultat d'un œdème inflammatoire, et cependant on a reconnu que les mouchetures ou incisions pratiquées sur ces épiglottes ainsi tumé-

fiées ne produisaient pas ordinairement le dégorgement de cet opercule, qu'elles ne donnaient pas issue à une quantité notable de sérosité, et qu'enfin les points où l'on avait fait les mouchetures devenaient le point de départ d'ulcérations fort difficiles à guérir.

Nous avons eu de nombreuses occasions de faire la nécropsie de malades atteints de phthisie pulmonaire et laryngée, et dont l'épiglotte présentait cette lésion. En pratiquant la coupe de ces épiglottes ainsi tuméfiées, nous les avons constamment trouvées remplies par une infiltration transparente, semblable à une gelée compacte, qui n'avait aucune tendance à s'échapper par les incisions faites dans la membrane d'enveloppe, même lorsqu'on exerçait une certaine pression sur l'organe. Ce fait, qui expliquait l'inutilité des mouchetures pratiquées, dans un but thérapeuthique, nous avait fait penser depuis longtemps que cette lésion était autre chose qu'un œdème, et que cette matière infiltrée pouvait bien être un protoplasma, une première forme de la tuberculose laryngée. Nous avons soumis plusieurs des ces épiglottes à quelques-uns de nos micrographes les plus autorisés (MM. Cornil, J. Renaut, Debove, Coyne), et leur réponse a été que la matière gélatineuse contenait, avec un certain nombre de corpuscules d'inflammation, un nombre, variable selon les cas, de granulations tuberculeuses transparentes. La différence de nombre de ces éléments dans les différents cas provenait sans doute de ce que l'on ne rencontrait pas partout la granulation type, la granulation *adulte*, mais sans doute ces éléments primaires qu'a si bien étudiés M.Grancher dans une thèse inaugurale (de l'*Unité de la phthisie*, Paris 1872) et dans son mémoire sur l'*alvéolite* (*Archives de Physiologie*, 1871), éléments consistant, soit dans des nodules sans dégénérescence centrale, soit même dans des agglomérations de petites cellules sans apparence nodulaire, mais dont la nature réelle est démontrée par la dégénérescence caséeuse qui est la terminaison de tous ces processus morbides. Si les histologistes allemands ont déclaré que le tubercule du larynx était rare, et qu'il n'était pas confluent, notamment dans l'épiglotte, c'est sans doute parce que, se

bornant à la définition étroite de la granulation tuberculeuse donnée par Virchow, ils n'ont pas tenu un compte suffisant de ces processus, qui pour nous sont déjà des lésions tuberculeuses devant aboutir à la dégénérescence caséeuse. Nous croyons donc que des études histologiques ultérieures, inspirées des idées que nous exprimons ici, démontreront que le tubercule laryngé primitif, que l'on a cru rare, est infiniment plus commun qu'on ne le suppose, si l'on veut admettre que le tubercule présente des éléments multiples et divers, comme d'ailleurs les cancers et la plupart des tissus morbides que l'histologie est loin de déterminer avec autant de précision que la clinique.

Mais ce ne sont pas seulement les études anatomo-pathologiques qui peuvent nous faire connaître le tubercule laryngien. L'inspection directe avec le laryngoscope pourra, nous le croyons, nous révéler souvent son existence du vivant du malade.

Depuis que notre attention s'est portée sur la tuberculose miliaire des muqueuses dans les premières voies, et que les observations s'en sont multipliées, notre œil a de plus en plus appris à reconnaître les lésions tuberculeuses à leur période de début, alors qu'elles n'attaquent encore que la surface des épidermes, ou les couches les plus superficielles des muqueuses. Les analogies se sont éclairées les unes par les autres, et, contrairement à des assertions qui se sont produites encore récemment dans des écrits consacrés à la phthisie laryngée, nous croyons, dans bon nombre de cas, reconnaître des *caractères objectifs* propres à la tuberculose et essentiellement différents des lésions du catarrhe simple.

Sur l'épiglotte, comme sur le bord de la langue, comme sur le bord des piliers du voile du palais, on observe en effet des érosions tuberculeuses superficielles, qu'un œil tant soit peu exercé pourra reconnaître facilement quand on les lui aura bien montrées. Au début et dans sa forme la plus légère, c'est comme un coup d'ongle, puis comme un léger coup de râpe, qui aurait produit l'érosion de l'épithélium avec une très-légère perte de substance. Le fond de

l'érosion présente une surface inégale, très-légèrement *sablée, chagrinée, mamelonnée.* C'est surtout au bord libre de l'épiglotte que l'on voit nettement ces érosions, qui s'étendent du reste assez vite sur les deux faces de l'opercule, mais plutôt vers la face inférieure ou postérieure. Comme ces érosions prennent souvent assez vite une teinte blanc-grisâtre, qu'elles sont plus ou moins irrégulièrement arrondies, elles ressemblent beaucoup à des plaques muqueuses, et nous avons depuis longtemps signalé dans nos cliniques la difficulté de distinguer ces érosions tuberculeuses d'avec les plaques que l'on dit exclusivement caractéristiques de la syphilis. Nous en avons figuré plusieurs dans nos cours, et dans une leçon publiée l'an dernier dans le *Progrès médical* (novembre 1875, nº 41). Ce n'est pas seulement sur le bord libre de l'épiglotte qu'on les observe, c'est aussi sur les bandes ventriculaires, c'est aussi sur les cordes vocales véritables, c'est enfin sur les éminences aryténoïdes. Leur aspect n'est pas identique dans ces différentes régions.

Sur l'épiglotte, elles ne tardent pas à s'accompagner d'une infiltration, d'une tuméfaction apparente de la paroi où elles se sont développées, et cette tuméfaction produit tantôt l'hypertrophie partielle du bord libre, ou d'un côté de l'épiglotte, tantôt l'hypertrophie générale de l'opercule.

Sur les bandes ventriculaires, ou fausses cordes vocales, on les observe à peu près dans toute la largeur de ce voile membraneux, dont elles déterminent aussi la tuméfaction, en apparence œdémateuse.

Sur les cordes vocales vraies, l'érosion tuberculeuse nous a paru le plus souvent occuper le bord libre de la corde et s'étendre assez loin sur sa face trachéale. Ces érosions inégales, gaufrées, blanc-grisâtre, sont celles que l'on peut le plus facilement confondre avec des plaques muqueuses syphilitiques. Quelquefois aussi l'érosion, très-limitée alors, siége sur la face supérieure de la corde vocale, sur cette surface plane que l'on voit si bien au laryngoscope.

Enfin, sur les éminences aryténoïdes, la petite lésion que nous décrivons siége surtout sur la face intra-laryngienne. Son aspect y est moins simple, moins net que sur les parties

que nous avons décrites précédemment, parce que toute érosion de cette région, doublée d'un tissu conjonctif assez lâche, s'accompagne rapidement de gonflement œdémateux, et se recouvre de produits pultacés ou purulents.

Les caractères qui permettent de distinguer ces érosions des lésions similaires de la syphilis sont les suivants : dans les lésions tuberculeuses, il y a avec l'érosion perte de substance superficielle (absolument comme pour les tuberculoses de la langue), et l'on ne trouve autour de l'érosion qu'un liséré inflammatoire très-étroit. Dans les lésions syphilitiques, telles que les plaques muqueuses, on trouverait une saillie légère de la surface; en cas d'ulcération, au contraire, un ulcère plus ou moins profond, et le plus ordinairement autour de ces deux genres de lésions une large aréole d'un rouge vif, de nuance carminée ou scarlatineuse qui disparaît assez vite par le traitement spécifique. Nous avouons toutefois que ces caractères, très-nets sur le voile du palais, le sont beaucoup moins dans le larynx lui-même.

L'érosion, l'ulcération n'est pas toujours le premier aspect du tubercule miliaire dans le larynx. Souvent au bord libre de l'épiglotte ou sur sa face supérieure, nous avons reconnu de petites granulations grises, sous-jacentes à un épithélium encore intact, et formant une petite saillie acuminée, transparente, très-analogue aux tubercules miliaires des méninges chez les enfants, avec cette différence qu'elles se détachent en lumière sur une base colorée en rouge plus ou moins foncé, et qui ne tarde pas à présenter une tuméfaction inflammatoire assez vive. Ces granulations sont le plus ordinairement espacées et isolées, mais on en voit aussi quelquefois de plus confluentes. Il est probable que les plaques érodées que nous décrivions tout à l'heure sont, à l'origine, formées par une agglomération de ces granulations très-petites et très-confluentes, et il est probable que des observations ultérieures nous feront rencontrer des granulations miliaires aiguës absolument confluentes, enveloppant d'emblée l'épiglotte tout entière, absolument comme nous en avons vu envelopper la luette et le voile du palais. Cette confluence s'observe d'ailleurs dans les phthisies laryngées

avancées, quand le larynx tout entier ne présente plus qu'une surface mamelonnée, grisâtre, saignante et purulente. Le tort des écrivains dont nous parlions tout à l'heure est d'avoir voulu restreindre la confluence aux tuberculoses secondaires, ou consécutives à la phthisie pulmonaire. Nos études sur la tuberculose miliaire de la gorge ont montré que la confluence des granulations catarrheuses se voit dans les muqueuses des premières voies comme dans le tissu pulmonaire lui-même.

Lorsqu'on suit avec quelque persévérance l'évolution des granulations isolées de l'épiglotte, on ne tarde pas à les voir perdre leur transparence, devenir opaques, se caséifier, et bientôt devenir le centre d'un petit travail de suppuration, qui ne tarde pas à rompre l'épiderme et à rejeter au dehors le petit tubercule caséeux par une sorte d'énucléation. Ce travail d'énucléation semble être un effort favorable de la nature, pouvant amener une réparation partielle. Lorsque l'épiglotte contient un assez grand nombre de ces granulations superficielles, le travail de caséification et de suppuration s'accompagne d'une tuméfaction inflammatoire des plus douloureuses; mais quand l'épiderme s'ouvre et que l'énucléation commence, le malade éprouve un soulagement véritable. Nous avons vu, dans un cas de phthisie laryngée très-grave (M. K..., employé supérieur d'une des administrations de Paris), jusqu'à deux poussées successives de tubercules miliaires s'énucléer ainsi; l'épiglotte ressemblait alors à une sorte de pomme d'arrosoir, dont chaque trou donnait issue à un produit caséeux et semi-purulent. Après cette phase, accompagnée de douleurs atroces et d'une dysphagie absolue, le malade éprouvait une détente réelle et une période de repos, où l'alimentation redevenait possible. Dans plusieurs autres cas, lesquels ne sont malheureusement pas très-communs, un véritable travail de cicatrisation a pu se produire. L'épiglotte, après avoir énucléé ses granulations, restait comme une sorte de coque, perforée de trous nombreux, puis tout s'affaissait, se comblait, et il restait à la fin un tronçon d'épiglotte, rongée à son bord libre, mais en définitive recouverte d'un tissu cicatriciel. Ces tronçons d'épiglottes tu-

berculeuses cicatrisées diffèrent assez dans leur aspect des cicatrices laissées par les ulcérations syphilitiques : celles-ci donnent des bords déchiquetés, taillés à l'emporte-pièce. Les bords des cicatrices tuberculeuses sont arrondis, le tronçon est repelotonné sur lui-même, quoique un peu excavé par place, et sa surface présente, avec quelques tractus cicatriciels blancs, une couleur rouge plus ou moins foncé, avec demi-transparence de l'organe, de sorte qu'il ressemble beaucoup à la surface cicatricielle que présente le bord gingival des personnes qui ont perdu leurs dents à la suite d'un ramollissement chronique des gencives. Cette dernière comparaison nous paraît très-exacte.

Si la cicatrisation semble se produire dans un certain nombre de cas sur l'épiglotte, il ne s'ensuit pas que la maladie cesse de marcher dans les autres parties du larynx, non moins que dans les poumons. Sur les bandes ventriculaires, l'infiltration miliaire superficielle peut être également très-visible. Ainsi, chez une fille que nous observions récemment, et qui présentait déjà des signes de tuberculose pulmonaire, nous avons trouvé sur le bord libre de la fausse corde vocale, au point où elle touche à la corde vocale vraie, un petit amas de granulations, si semblables à ce que nous étudions depuis longtemps sur le voile du palais, que nous nous sommes immédiatement récrié à la vue d'une identité de forme si frappante. Nous continuons d'étudier cette jeune femme qui suit en ce moment notre clinique de Lariboisière.

Chez un homme âgé, l'infiltration tuberculeuse d'une seule des bandes ventriculaires a présenté un autre aspect. Au début, les granulations n'étaient pas à la surface, mais la fausse corde vocale tout entière, avec une partie de la paroi attenante de l'infundibulum laryngien, celle que quelques auteurs appellent la *fosse innominée*, formait une tumeur saillante, bosselée, irrégulière, qui nous donna au premier coup d'œil l'idée d'un cancer. Toutefois, l'examen de la poitrine modifia nos idées, car des signes de tuberculose assez manifestes nous auraient forcé d'admettre un de ces cas rares où la coïncidence des deux diathèses a pu se

rencontrer. Bientôt la lésion laryngienne elle-même ne nous laissa plus de doute, car au bout de quelque temps elle se vida spontanément, et la tumeur s'affaissa. Ce n'était pas cependant un abcès simple, car la paroi de l'infundibulum nous montra alors un grand nombre de petites granulations tuberculeuses, les unes transparentes, les autres caséifiées, qui depuis cette époque ont continué à s'énucléer et à reparaître par poussées successives. Les parties profondes du larynx se sont prises de plus en plus, et les sommets pulmonaires de même. L'affection tuberculeuse marcha ici sans rémission.

Dans un autre cas, heureusement plus favorable, chez une jeune fille que nous avons depuis plusieurs mois au numéro 4 de la salle Sainte-Marie à Lariboisière, l'infiltration des cordes vocales supérieures a présenté une forme un peu différente. Ces deux bandes muqueuses, sans former de tumeurs véritables, étaient cependant assez volumineuses pour masquer entièrement les cordes vraies, à la façon de deux rideaux rouges recouvrant les rideaux blancs d'une fenêtre ; on ne pouvait apercevoir les cordes vocales, encore blanches d'ailleurs, que dans les grandes inspirations. Mais ce n'était pas seulement la rougeur et le gonflement qui étaient ici à noter, c'était une certaine turgescence donnant l'aspect d'un corps solide, comme le seraient des gencives un peu scorbutiques, ou l'épiglotte elle-même dans les cas d'infiltration que nous avons signalés plus haut. Ces bandes ventriculaires nous ont présenté de nombreuses vicissitudes. Tantôt très-tuméfiées, au point de produire des menaces de suffocation, elles se compliquaient d'un œdème des aryténoïdes, œdème transparent, analogue au chémosis de la conjonctive, qui nous faisait songer à la trachéotomie. L'acide chromique, toutefois, avait raison en quelques jours de ces œdèmes menaçants. Tantôt, au contraire, les bords des bandes ventriculaires se frangeaient et présentaient un aspect analogue aux épiglottes farcies de granulations miliaires dont nous avons parlé. Après plusieurs phases douloureuses, ces replis muqueux semblent avoir énuclé leurs granulations caséiformes et tout rentre en ce moment dans l'ordre, au point que le la-

rynx reprend l'aspect d'un larynx presque normal. Disons tout de suite que ce résultat semble avoir été obtenu surtout par l'emploi de la glycérine morphinée, qui semble ici, comme pour la tuberculose miliaire du voile du palais, être le topique le plus approprié. Quant nous employions les caustiques, l'état local a été beaucoup moins favorable.

Enfin, il existait chez cette même jeune fille une autre lésion très-commune chez les sujets atteints de phthisie laryngée et que l'on rencontre souvent de très-bonne heure chez ceux qui sont prédestinés à cette affreuse maladie. Je veux parler d'une petite tumeur verruqueuse, développée sur la commissure interarytéroïdienne, et présentant la forme d'une petite pyramide dont la pointe était dirigée vers le centre de la glotte. Nous avons eu bien souvent l'occasion de voir de ces tumeurs verruqueuses de formes différentes, et de les attaquer successivement par tous les topiques, depuis les plus bénins jusqu'aux plus énergiques, depuis l'iode ou le nitrate d'argent en solution faible jusqu'à l'acide chromique au quart. Jamais nous n'avons pu les détruire chez les phthisiques, ni en obtenir la résolution ; chez notre jeune fille, la petite pyramide a commencé à s'améliorer sous l'influence de la glycérine morphinée, et elle semble actuellement s'être vidée entièrement en même temps que les granulations des bandes ventriculaires. Malheureusement, l'état pulmonaire reste grave, malgré l'amélioration incontestable du larynx.

Les petites verrues de la commissure que nous venons de mentionner sont probablement aussi dues à des amas d'éléments tuberculeux au-dessous de la muqueuse. Nous n'en avons pas encore la démonstration histologique, mais nous ne tarderons sans doute pas à l'avoir. C'est d'ailleurs en cette région que Rokitansky a le premier signalé la fréquence des granulations miliaires du larynx, et bon nombre de laryngoscopistes inclinèrent à croire que l'*aspect velvétique* de la commissure était dû à un développement de granulations grises, et devait être considéré comme un signe prémonitoire annonçant la phthisie laryngée. Nous avons eu de nombreuses preuves cliniques qu'il ne fallait pas porter un pronostic absolu sur cette simple apparence. Depuis long-

temps, nous distinguons dans nos cliniques l'*aspect velvétique vrai*, celui où l'épithélium simule les brins d'un velours d'Utrecht, lésion qui appartient en propre à l'herpéto-arthritisme, et l'aspect *verruqueux*, celui qui est constitué par de petites papilles déjà plus volumineuses, quelquefois fungiformes comme les papilles de la langue. Ces papilles verruqueuses sont celles de la tuberculose. Mais les verrues véritables avec soulèvement de la muqueuse elle-même dont nous parlions plus haut nous paraissent être des amas de matière tuberculeuse déjà interstitiels, et aboutissent plus tard à des lésions plus profondes, des œdèmes sous-muqueux et des périchondrites véritables.

Bornons-nous aujourd'hui à ces notions nouvelles. Nous savions déjà, notamment par une communication faite l'an dernier, à la *Société de Biologie*, par M. J. Renaut, que les lésions tuberculeuses du larynx, loin de se limiter à la commissure interarytéroïdienne, ou au bord de l'épiglotte, frappaient indistinctement toutes les parties du larynx. Nous le savions par l'anatomie pathologique. Nous avons essayé de montrer dans les lignes précédentes que ces même lésions tuberculeuses peuvent être reconnues au laryngoscope, du vivant du malade, et qu'avec un œil exercé on pouvait même reconnaître leurs différentes phases, depuis la granulation grise, transparente, jusqu'à la granulation caséifiée que la suppuration élimine, et même jusqu'à la réparation partielle, à la cicatrisation de ces lésions locales, que l'on peut obtenir dans quelques cas malgré la nature du produit morbide qui les constitue, malgré la gravité des lésions pulmonaires et de l'état général qui les accompagne.

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OREILLE,

Par le Dr **Ladreit de Lacharrière.**

Les préparations iodées occupent une place si considérable dans la thérapeutique des maladies chroniques, que le méde-

cin doit nécessairement songer à les utiliser dans un certain nombre de maladies de l'oreille. Depuis quelques années j'en ai fait un si fréquent usage et j'en ai retiré de si grands avantages, que je les considère comme tout à fait indispensables au traitement d'un grand nombre d'affections de l'organe de l'ouïe.

Je crois que la plupart de mes confrères qui s'occupent des maladies de l'oreille partagent cette manière de voir, mais je n'en ai pas trouvé la preuve dans les ouvrages spéciaux, et je pense faire œuvre utile en résumant dans une courte note les cas dans lesquels les préparations iodées m'ont paru rendre des services très-prompts et très-réels. Les maladies chroniques et en particulier celles de l'oreille sont de celles qui désespèrent quelquefois par leur ténacité les malades et leurs médecins, et c'est pour ces affections qu'il est particulièrement profitable que chacun fasse connaître les résultats de sa pratique.

De toutes les affections de l'oreille qui sont provoquées par la diathèse scrofuleuse, l'otorrhée est certainement la plus fréquente. Elle se manifeste le plus souvent chez l'enfant, mais lorsqu'elle n'a pas été combattue dès son origine il n'est pas rare de la voir persister toute la vie. L'otorrhée se produit le plus ordinairement à la suite d'une de ces maladies de l'enfance qui remuent profondément l'organisme, comme la fièvre typhoïde, la variole ou les autres fièvres éruptives. Il n'est pas rare de l'observer chez de tout petits enfants, mais le plus souvent c'est entre quatre et dix ans qu'elle fait son apparition. Pendant la période de la force, entre vingt et quarante ans, on n'observe son début que d'une manière exceptionnelle. Chez les personnes qui ont passé cinquante ans elle n'est pas rare, mais le plus souvent ce n'est plus à la diathèse scrofuleuse qu'il faut en attribuer la cause.

Les écoulements muco-purulents de l'oreille sont encore de nos jours trop souvent négligés. Les idées humorales qui avaient cours autrefois, alors que les causes des maladies étaient moins bien connues, portent encore un certain nombre de médecins à considérer les écoulements d'oreille

comme des émonctoires salutaires qui guériront d'eux-mêmes, lorsque l'organisme aura atteint son complet développement, et font jusque-là l'office de soupape de sûreté. D'autres, se rappelant des accidents graves survenus après la suppression brusque des écoulements d'oreille, n'osent pas y toucher ; on compte sur la puberté, et sur le lendemain, qui réalise rarement nos espérances. Ces théories, à mon avis, regrettables, ne sont pas écrites, mais la pratique nous donne journellement la preuve de leur existence et de leur crédit. Je ne crois pas que dans les maladies chroniques de ce genre les principes morbides s'usent et s'éteignent; je pense au contraire qu'ils se développent et se multiplient, que la suppuration d'un organe engendre dans l'organisme la disposition à former du pus. Je crois donc qu'il faut arrêter le plus tôt possible ces sources morbides. Le travail d'ulcération entraîne d'ailleurs la perte de l'organe et finit par occasionner une surdité incurable. Il y a donc lieu d'agir promptement et efficacement, et parmi les médicaments dont on pourra le plus utilement se servir, l'iode et ses préparations occupent le premier rang.

Ce n'est pas au début de l'apparition d'un écoulement chronique muco-purulent que l'on songe à faire usage des préparations iodées, d'autres médicaments sont essayés de préférence ; mais lorsque ces écoulements ont eu une certaine durée, lorsque la sécrétion semble naître à la surface du périoste, ou dans le tissu osseux lui-même, c'est à l'iode ou ses composés qu'il faut avoir recours. On reconnaît facilement ce moment de la maladie à l'odeur fétide des parties malades, odeur spéciale qu'on n'oublie pas quand on a eu occasion de l'observer.

Si dans le courant de la maladie les préparations iodées ont été utilement employées à l'intérieur, leur action locale à ce moment pourra rendre de grands services. La teinture d'iode concentrée pourra modifier à la manière des substances caustiques les surfaces malades. A un degré plus faible, elle dessèchera momentanément les parties humides; mais le plus souvent ces applications seront très-douloureuses, et il ne sera pas toujours possible d'y revenir, soit parce que les ma-

lades s'y refuseront, soit parce que soi-même on redoutera des accidents. Largement étendue d'eau la teinture d'iode n'a plus cette action brûlante, elle modifie cependant peu à peu les surfaces ulcérées et provoque lentement la guérison. Je dis lentement, car pour qu'elle soit durable il ne faut pas l'obtenir brusquement. Je me sers le plus souvent de la solution iodée donc voici la formule et qu'on emploie matin et soir en injections après l'avoir fait chauffer au bain-marie :

Eau	1,000	grammes
Teinture d'iode	30	—
Iodure de potassium	4	—

Je recommande aux malades de ne se servir que de seringues en verre pour leurs injections, et d'appliquer sur le conduit et la partie inférieure du pavillon un corps gras, afin que le liquide ne finisse pas par excorier la peau par un contact trop souvent répété.

Le coton iodé de Méhu m'a permis d'employer dans quelques cas l'iode à l'état sec sans faire usage de ce corps à l'état métallique dont l'action caustique est redoutable. J'ai fait un fréquent usage du coton iodé, et il m'a rendu souvent de véritables services. J'ai pu faire cesser rapidement par ce moyen des écoulements provoqués par un état catarrhal chronique de la caisse ou du conduit auditif. Dans les otorrhées chroniques, lorsqu'il y a des ulcérations de la muqueuse, de l'inflammation du périoste, et même une ostéite, l'action de ce topique ne saurait être immédiate, mais encore dans ces conditions il provoque la cicatrisation des surfaces ulcérées, et abrége dans une certaine mesure la durée d'un traitement toujours fort long. Son emploi doit être fait méthodiquement. Comme pour les injections iodées il faut enlever avec soin tout le pus qui peut se trouver dans le conduit ; on place ensuite une boulette de coton sur la partie malade. Cette application provoque aussitôt une sensation de chaleur et de cuisson, quelquefois assez vives pour que les malades ne puissent supporter le contact du coton, mais le plus souvent les douleurs sont très-supportables. Au bout d'une heure l'action du coton se trouve

épuisée, et si on le retire on constate qu'il est tout à fait décoloré. Le coton iodé ne saurait être employé toutes les fois qu'il existe un état inflammatoire encore à l'état aigü. On s'exposerait à augmenter l'inflammation, qui pourrait gagner ainsi les parties plus profondes et les cellules mastoïdiennes. J'ai eu une fois l'occasion de constater ces accidents. A la suite d'une première application il se produisit un gonflement très-douloureux de la région mastoïdienne qui me fit redouter un phlegmon, mais qui ne tarda pas à se dissiper sous l'influence d'une application d'onguent mercuriel et de cataplasmes.

A la suite des inflammations subaiguës de l'oreille moyenne, et le plus souvent chez les personnes sujettes aux affections catarrhales des muqueuses de la gorge et du pharynx, on observe des engorgements simples des osselets de l'oreille. La mobilité de ces petits os est très-diminuée, et il est probable que leurs surfaces articulaires se trouvent dans les conditions des grandes jointures après une attaque de rhumatisme articulaire. Le caractère objectif de cet état morbide est une vascularisation très-exagérée au niveau du manche du marteau. On constate à la surface du tympan une raie rouge verticale à laquelle on pourrait donner le nom de pannus de l'oreille en raison de sa ressemblance avec cette disposition morbide qu'on observe sur l'œil. A l'aide d'un éclairage suffisant on constate aisément au milieu de cette coloration rouge, due à un développement accidentel des vaisseaux capillaires sanguins, un ou deux vaisseaux occupant le centre et développés outre mesure. Ils paraissent s'étendre sur toute la longueur du manche du marteau. Abandonnés à eux-mêmes ces engorgements des chaînes des osselets se résorbent rarement. Le plus ordinairement les tissus semblent s'organiser. Les vaisseaux capillaires disparaissent peu à peu pour donner naissance à du tissu fibreux. Les osselets deviennent moins mobiles, et cette raideur s'accuse extérieurement par une saillie plus grande du manche du marteau. La raideur des osselets ne permet plus la transmission facile des ondes sonores, et l'ouïe devient de plus en plus obtuse, bien que le nerf au-

ditif ait conservé toute sa sensibilité. On peut s'en assurer en appliquant un diapason, une montre ou tout autre instrument sonore sur les os du crâne et sur les apophyses mastoïdes. Les malades affirment entendre bien mieux par l'intermédiaire des os que par le conduit auditif. Il peut survenir ainsi une raideur des articulations analogue à celle de l'ankylose des membres. Cette disposition morbide occasionne une compression des fenêtres qui s'accuse par des bourdonnements musicaux des plus pénibles.

La diathèse goutteuse provoque le plus ordinairement des exsudats autour des articulations des osselets de l'oreille qui se produisent et s'organisent en dehors de tout travail inflammatoire chronique. C'est à cette cause qu'il faut attribuer la surdité que l'on observe si fréquemment chez les goutteux. Lorsque cet état a duré longtemps, l'intervention purement médicale est rarement suffisante, et les chirurgiens ont tenté pour y remédier un certain nombre d'opérations dont je ne veux pas aujourd'hui examiner la valeur; mais lorsqu'on a l'occasion d'observer les malades au début de ce travail d'organisation, un traitement médical peut être très-utile. Ce sont encore les préparations iodurées qui m'ont rendu les plus grands services. Je me suis très-souvent bien trouvé de l'instillation dans les conduits auditifs de quelques gouttes de la solution suivante :

Eau de roses	30 gr.
Iodure de potassium.	0,20 centigr.

Ces applications ont provoqué quelquefois un peu d'irritation du conduit auditif, mais souvent aussi elles ont suffi pour amener la résorption des dépôts morbides et le retour à l'état physiologique.

Les vapeurs d'iode peuvent aussi dans ce cas être très-utilement employées. La facilité avec laquelle l'iode se vaporise à la température extérieure permet de projeter ces vapeurs dans les caisses des tympans. Il suffit de faire passer à l'aide du soufflet de Richardson une certaine quantité d'air, soit à travers une petite quantité de teinture d'iode, soit simplement à la surface de ce liquide.

Chez les personnes au tempérament très-lymphatique, chez lesquelles les affections catarrhales des muqueuses sont si communes et se manifestent sans réaction appréciable, ces insufflations de vapeurs d'iode sont très-utiles, et elles m'ont permis d'obtenir quelquefois des guérisons assez rapides.

Le catarrhe simple de la caisse du tympan occasionne souvent un gonflement de la muqueuse et un épaississement très-apparent de la membrane. Une surdité relative mais assez marquée en est toujours la conséquence. Les préparations balsamiques et sulfureuses forment la base des médications les plus usitées dans ce cas. Cependant une révulsion modérée est souvent nécessaire et des applications de teinture d'iode sur les apophyses mastoïdes suffisent souvent pour hâter la disparition de l'état inflammatoire.

Lorque l'irritation catarrhale cesse sans que la membrane du tympan soit revenue à ses conditions de souplesse ordinaires, les préparations iodurées en provoquant la résorption des éléments morbides donnent quelquefois d'excellents résultats. Dans ce cas la solution indiquée plus haut devra être employée comme un collyre et pourra améliorer rapidement l'état du malade. Des applications iodurées sur l'apophyse mastoïde m'ont été parfois très-utiles. Je fais usage dans ce cas de la pommade dont voici la formule et dans laquelle la teinture d'iode est destinée à provoquer une légère irritation de la peau pour en rendre l'absorption plus rapide :

Axonge.	30 gr.
Teinture d'iode.	1
Iodure de potassium.	2

Tout le monde sait que les maladies des fosses nasales et du pharynx ont un retentissement très-fréquent sur les oreilles. L'angine chronique simple, l'angine granuleuse, l'angine scrofuleuse s'accompagnent presque toujours d'un certain degré de surdité par l'engorgement ou l'occlusion des trompes d'Eustache. Les affections chroniques des fosses nasales, qu'on peut presque toutes rapporter à la scrofule,

produisent également les mêmes effets. Je n'ai pas à rappeler ici les traitements de ces maladies, pour lesquelles on ne songera pas toujours à employer les préparations iodées. Elle m'ont rendu cependant de grands services. C'est comme adjuvant des autres médications qu'elles m'ont paru surtout utiles. J'ai observé, en effet, que ces affections guérissaient plus sûrement et plus rapidement lorsque les sécrétions muqueuses avaient été exagérées pendant quelques jours par l'emploi de l'iodure de potassium. Je fais prendre ce médicament dans une tasse de tisane dépurative et à des doses qui ne dépassent guère 0,25 centigrammes par jour Le but en effet n'est pas d'agir sur l'économie tout entière, mais d'exciter momentanément la sécrétion glandulaire. J'ai employé aussi l'iodure de potassium en gargarismes à la dose de 1 gramme dans une préparation émolliente et en irrigations naso-pharyngiennes (1 gramme également dans un irrigateur d'eau chaude).

Il est rare qu'après quelques jours de cette médication l'occlusion des trompes d'Eustache par simple gonflement de la muqueuse ou par engorgement ne se dissipe pas peu à peu. Le cathétérisme, d'abord infructueux, permet de faire pénétrer de l'air dans les caisses tympaniques, et l'amélioration qu'on était en droit d'espérer ne tarde pas à se produire.

Est-il besoin de rappeler la fréquence des manifestations syphilitiques sur les organes de l'ouïe à leur période secondaire ou tertiaire? J'ai donné dans ce recueil (1) les caractères de l'otite aigüe syphilitique ayant pour siége, soit le conduit auditif, soit la caisse du tympan. Des périostites de même nature peuvent se produire dans les cellules mastoïdiennes et dans le rocher, entraînant une surdité plus ou moins complète. Dans ces cas si nombreux et si variés, dont le diagnostic est souvent difficile parce que les caractères objectifs manquent ou n'ont pas le cachet de la cause morbide, l'iodure de potassium est un spécifique merveilleux. J'ai obtenu avec ce médicament des guérisons si rapides, et je dirais presque si inespérées, que dans les cas douteux il ne faut pas hésiter à en essayer l'usage.

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, p. 93, 1875.

ANALYSES.

De l'inflammation de l'oreille moyenne chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, par le docteur Kutschariantz, de Tiflis.

(*Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. X. p. 119 et suiv.)

Le docteur Kutschariantz a étudié l'inflammation de l'oreille moyenne chez trois cents enfants d'âges différents. Après avoir recherché quel était chez le fœtus et le nouveau-né l'état normal de l'oreille moyenne, l'auteur a examiné les altérations que subissaient les différentes portions de l'oreille moyenne dans les cas d'inflammation; il a fait servir ainsi l'anatomie et l'histologie normales à l'anatomie et à l'histologie pathologiques.

A quatre mois (de la vie intra-utérine) l'oreille moyenne ne contient pour ainsi dire encore aucune cavité. Trois replis parfaitement transparents, riches en vaisseaux, dont le plus grand a été décrit par de Trœltsch, remplissent presque toute cette cavité; ils circonscrivent un espace irrégulier fort petit, et où l'on trouve un liquide clair, aqueux et légèrement gluant.

La structure histologique n'est pas la même pour les trois replis, le plus grand contient une couche d'épithélium cylindrique, les deux autres sont formés par des cellules pavimenteuses; on y trouve, du reste, tous les intermédiaires.

A cinq mois, on ne note point de particularités importantes; les replis cependant diminuent en hauteur, et l'espace signalé plus haut augmente.

A la fin du 6e mois (2 cas) et du 7e mois (3 cas), les deux petits replis ont disparu presque complétement, tandis que le plus grand n'a presque pas subi de modification. L'espace rempli de liquide acquiert plus d'importance. Au 8e mois (2 cas), le revêtement de la caisse a presque partout la même épaisseur, et l'espace contenant le liquide est déjà pour ainsi dire ce qu'il sera chez l'enfant à terme.

Chez trois enfants mort-nés et un quatrième mort peu après sa naissance, on a trouvé la caisse complétement formée et remplie par un liquide transparent. Une muqueuse brillante, bien adhérente à l'os sous-jacent, dont la couleur varie du rosé au rouge, recouvre toute l'oreille moyenne : elle comprend trois couches distinctes et mesure $0{,}08^{mm}$.

Chez les enfants ayant au moins un jour jusqu'à sept mois et demi (20 cas), la muqueuse est transparente, unie, et sa couleur varie suivant la richesse en vaisseaux des différentes parties. La caisse ne contient que de l'air, parfois cependant un peu de mucus transparent et quelques débris de cellules.

Se basant sur ces recherches, l'auteur a classé tout ce qui s'éloigne du type normal en deux groupes distincts : 1° la muqueuse étant intacte, le contenu de la caisse peut avoir subi des modifications ; 2° la muqueuse ainsi que le contenu de la caisse se trouvant dans un état anormal, ce dernier cas est le plus fréquent.

A) La muqueuse étant intacte, le contenu de la caisse est modifié. Le contenu aqueux de la caisse est plus considérable qu'à l'état normal; sa consistance est celle du blanc d'œuf. Le microscope montre une quantité considérable de débris de cellules et de détritus.

La muqueuse un peu hypérémiée était intacte; il en était de même du tympan et de la trompe. La muqueuse pharyngienne était tuméfiée; dans les deux oreilles on trouvait les mêmes signes. A l'autopsie, on trouvait le plus souvent des bronchites, des broncho-pneumonies, des gastro-entérites, des méningites, etc.

B) Modifications du contenu de la muqueuse de la caisse. Plus de deux cents enfants ont été examinés, trois groupes de cas ont été observés :

1° Inflammation catarrhale légère, avec chute partielle de l'épithélium.

2° Inflammation catarrhale intense, gonflement considérable de la muqueuse, chute complète de l'épithélium.

3° Otite purulente avec ulcération de la muqueuse de la caisse.

1) Dans le premier cas, la muqueuse est très-hyperhémiée, tuméfiée, plus ou moins privée de son épithélium ; le tympan, l'ouverture de la trompe hyperhémiés.

La muqueuse de la trompe et du pharynx était tuméfiée, et par places, la muqueuse de la caisse faisait quelques saillies. (Vingt cas, de 11 jours à 3 mois, ont été notés.)

2) (Trente enfants, de quelques jours à quelques mois).

La muqueuse de la caisse, très-hyperhémiée, est rougeâtre; elle est épaissie. L'ouverture de la trompe est bouchée par un épaississement de la muqueuse. L'épithélium de la muqueuse de la caisse est tombé, les vaisseaux sont injectés ; proliférations des cellules du tissu conjonctif.

3) (Cent cinquante cas, enfants entre six jours et un mois.)

La caisse est remplie d'un pus jaune-verdâtre, parfois on constate la présence d'un peu de mucus et de sang. La muqueuse, très-hyperhémiée, est d'un rouge sombre ; la trompe, également hyperhémiée, est oblitérée par l'épaississement de la muqueuse. Parfois même, il y a perte de substance de la muqueuse de la caisse, ainsi que carie des osselets ou de la paroi osseuse de la caisse. L'épithélium de la muqueuse disparaît toujours. L'autopsie révélait toujours chez ces sujets l'existence d'affections des organes de la respiration, de la digestion ou encore des lésions du cerveau ou des méninges.

L'auteur conclut en établissant que les différences signalées entre ces trois groupes indiquent que l'on a affaire, non à des affections distinctes, mais que ce sont les divers degrés d'une même affection, et il se demande si l'on ne doit pas attribuer une certaine part dans ces processus inflammatoires à l'air lancé dans la caisse pendant l'acte de la respiration.

Dr Lévi.

Nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe,

par le Dr Giuseppe Sapolini (Milan, 1875).

Étant donné un corps étranger dans le conduit auditif externe, on doit, sans s'inquiéter de sa forme, chercher à

savoir s'il est mou ou cassant, s'il est dur, compacte et ne pouvant se briser.

Dans le premier cas, en le maintenant solidement à l'endroit où il se trouve, on peut le réduire en fragments, et faire sortir ces fragments par des injections à jet fort et continu ; dans le second cas, ne pouvant le retirer par morceaux, il faut trouver un moyen de l'extraire.

Le corps étranger peut s'arrêter à l'entrée du conduit ou au fond de la conque auditive ; dans ce cas, une petite spatule légèrement recourbée, que l'on placera derrière le corps, suffira à le maintenir en place, et l'on pourra l'extraire à l'aide d'une petite pince ordinaire.

Si le corps étranger pénètre plus avant, dépasse la courbure propre du conduit et arrive dans la concavité ovalaire inférieure, dont la paroi interne est formée par la membrane du tympan, quels moyens doit-on employer? Ce cas est le plus fréquent, car le plus souvent les malades ne viennent trouver le chirurgien qu'après avoir essayé d'enlever le corps étranger, soit avec les doigts, soit avec d'autres instruments, manœuvres qui ont presque toujours pour but d'enfoncer davantage le corps dans l'oreille.

On a imaginé un grand nombre d'instruments divers pour cette extraction ; mais la plupart du temps ils ne remplissent pas le but que l'on se propose. Le meilleur instrument serait celui qui pourrait agir de dedans en dehors et repousser le corps à l'extérieur en lui faisant suivre les différents axes du conduit ; cela est impossible. Un autre bon instrument serait celui qui pourrait embrasser exactement le corps étranger et l'extraire entre ses branches.

Non-seulement une petite pince, plus ou moins grande et à branches minces, ne vaut rien, mais encore elle peut être très-nuisible. Si l'on prend en effet avec une pince un petit caillou, un noyau, on voit que les pointes mousses de la pince dépassent le corps étranger en divergeant, de sorte que, si l'on essaye de faire sortir le corps du conduit, cela devient impossible à cause de la grande divergence des pointes, surtout pour les corps d'un certain volume. La pince présente encore un grand désavantage : on est obligé de l'in-

troduire dans l'oreille et d'écarter ses branches à un certain moment, quand on arrive près du corps étranger; celles-ci ne passent que très-difficilement entre le corps et les parois du conduit.

On sait que le conduit auditif a une forme ovale, et l'on peut facilement présumer que le corps étranger n'aura pas une forme identique et que les diamètres du contenant et du contenu ne se correspondront pas. M. Sapolini est persuadé que, si l'on se sert d'une petite spatule, on trouvera le moyen de la faire pénétrer entre le corps étranger et la paroi; cette manœuvre faite avec patience peut toujours réussir. On pourra donc introduire une des branches de la pince, comme la spatule; quant à l'autre branche, solidaire de la première, ce sera un hasard si elle trouve un passage, hasard si grand, que l'auteur n'a jamais pu réussir, ni sur le vivant ni sur le cadavre. Si la première branche de la pince est bien placée, l'autre vient toucher le corps étranger; on cherche à prendre celui-ci, à le serrer, et alors le plus souvent, le corps pressé entre les deux branches, n'étant pas saisi suivant son diamètre, s'échappe et s'enfonce de plus en plus du côté de la membrane du tympan, qui finit par être endommagée, froissée, déchirée; le corps étranger peut quelquefois être poussé jusque dans la cavité tympanique. L'emploi de la pince doit être rejeté, puisqu'il est insuffisant et qu'il peut causer des désordres très-graves et irréparables.

On a modifié la pince et on l'a transformée en forceps; mais ceux-ci, s'ils sont à pivot fixe, ne sont qu'une variété de pince, présentant les mêmes inconvénients, ou même de plus grands. Les branches fenestrées du petit forceps auriculaire semblent présenter un certain avantage pour mieux saisir le corps étranger; mais on aura, pour l'introduire, autant de difficulté qu'avec la pince, si ce n'est plus; les branches étant en effet plus courtes et le pivot placé au milieu de l'instrument, la divergence des extrémités du forceps sera encore plus marquée.

On a reconnu les désavantages de cet instrument et on a pensé à un forceps à branches mobiles; il en existe un grand nombre, mais ils présentent aussi de graves inconvénients. Il

est toujours facile d'introduire la première branche; mais pour placer la seconde dans un conduit aussi étroit, on est gêné par le manche de la première et la main qui le tient. Enfin, si par tâtonnements, et en imprimant des mouvements au corps, on parvient à introduire la seconde branche, comme il est très-rare que les deux branches aient pu être placées aux deux extrémités d'un même diamètre, il devient très-difficile de les assembler; on n'y arrive pas toujours, et, après s'être donné bien du mal, on ne parvient pas encore à extraire le corps étranger. L'avantage que le forceps a sur les pinces d'avoir des branches fenestrées se trouve compensé par l'extrême difficulté que l'on a de pouvoir assembler ces branches.

En présence de tous ces instruments défectueux, M. Sapolini a pensé à faire construire par M. Baldinleli, fabricant d'instruments de chirurgie, un forceps auriculaire. Les branches de ce forceps, bien que réunies, pouvaient être séparées à volonté; l'une des branches pouvait être assez abaissée au-dessous du niveau de l'autre pour qu'on pût introduire une des branches, l'autre restant dehors; celle-ci pouvait être ensuite ramenée au niveau de l'autre, et, grâce à un mouvement de latéralité, elle pouvait se frayer un passage sur les contours du corps étranger; enfin, la mobilité du pivot qui réunissait les deux branches permettait de les rendre parallèles et de saisir le corps en deux points diamétralement opposés. Cet instrument, parfaitement construit, ne remplit pas le but que l'auteur se proposait: il ne réussit qu'une seule fois sur le cadavre, et encore le corps étranger n'avait-il qu'un petit volume.

M. Sapolini fut obligé de recourir à la curette de Leroy d'Etiolles; mais cet instrument, bien que très-logique en principe, est encore peu pratique.

On obtient de bons résultats quand le conduit n'est ni enflammé, ni gonflé, ni douloureux, lorsque le malade ne s'agite pas ou qu'il est anesthésié, et quand on fait usage simultanément d'une petite pince. Le corps étranger étant maintenu par derrière par le bras du levier de la curette pour l'empêcher de presser sur la membrane du tympan, on

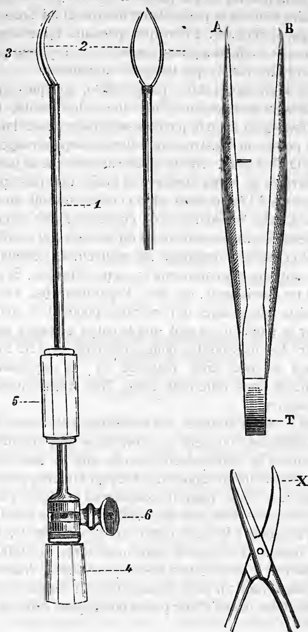
peut le saisir et l'extraire avec une pince. L'auteur a toujours pu placer facilement la curette et la mettre transversalement derrière le corps étranger ; mais quand il lui a fallu tirer sur le corps étranger et le maintenir avec la branche perpendiculaire de la curette, trois fois l'instrument s'est cassé au niveau de l'articulation. Mais, en supposant qu'il résiste, l'opérateur pousse toujours le corps étranger de travers, celui-ci va heurter contre la paroi opposée, contre le bourrelet externe qui limite la fosse ovale du conduit, de sorte qu'on ne pourra l'extraire qu'en se servant d'une petite pince.

C'est sur le principe de la curette de Leroy d'Étiolles que M. Sapolini a basé la construction d'un nouvel instrument. Une sonde aplatie, mince et creuse, en acier, renferme dans son intérieur une petite lame élastique d'acier, dont l'extrémité arrondie, poussée hors de la sonde, se plie et forme un levier transversal, comme dans la curette de Vidal de Cassis. Ce levier élastique, mû par un manche à vis, en rasant le corps étranger, arrivera sur ses bords, et en lui imprimant alors des mouvements de latéralité, on pourra le faire passer entre le corps et les parois du conduit. En continuant à le pousser, on pourra alors le faire repasser de l'autre côté du corps, le voir et en saisir l'extrémité. Mais cette fois encore, l'espoir de l'auteur fut complétement déçu ; il ne put jamais faire avancer l'extrémité libre du levier que de quelques millimètres, parce qu'elle venait butter contre le corps étranger et contre la paroi du côté opposé.

Cependant, M. Sapolini ne se découragea pas ; il fit construire un nouvel instrument.

A l'extrémité d'un tube cylindrique (1) est fixée une petite lame relativement assez forte (2), et cette petite lame d'acier, longue d'un centimètre environ, est courbée légèrement de manière à présenter une concavité interne. Dans le tube se meut une tige ou un mandrin qui, arrivé à l'extrémité inférieure du tube, est muni d'une autre petite lame (3) ayant la même courbure que la première, de telle sorte que le dos de cette seconde lame soit exactement embrassé par la concavité de l'autre, et que les deux ne paraissent en

faire qu'une, quand elles sont rapprochées ; la seconde lame est plus courte que la lame externe d'un millimètre et demi. A l'autre extrémité supérieure du tube se trouve un



pavillon (4) dans lequel est fixé le mandrin qui porte la lamelle courbe interne (3), de sorte que l'opérateur, en tenant immobile le tube cylindrique (qui porte lui-même un pavillon (5) pour que les doigts puissent le tenir plus solidement), peut faire tourner la petite lame interne et lui faire décrire une ligne circulaire. Pour que pendant l'introduction de l'instrument les deux petites lames ne se séparent pas, il y a en haut une vis (6) qui les rend immobiles.

Après avoir fait, autant que possible, quelques injections d'eau tiède et avoir enduit d'huile le conduit auditif, l'opérateur, prenant en main le pavillon supérieur, cherche à insinuer la pointe de l'instrument entre le corps étranger et les parois, là où il peut. Après s'être assuré que la pointe est bien derrière le corps étranger et avoir imprimé quelques mouvements à l'instrument et au corps, serrant alors avec la main gauche le pavillon (5), l'opérateur fait mouvoir la vis qui empêchait le mouvement du mandrin, et avec la main droite il cherche à imprimer un mouvement circulaire à la lamelle interne qui contourne le corps étranger. Si celle-ci a décrit un demi-cercle, ce dont l'opérateur est averti par deux petits points noirs qui se correspondent et sont marqués sur le pavillon, on sait que le corps étranger est compris entre les deux petites lames concaves, et il ne lui reste plus qu'à le tirer avec patience en lui imprimant des mouvements dans différents sens. Cela réussit assez bien sur le cadavre.

Quand le corps étranger est enchatonné et retenu par les parois tuméfiées, on peut encore, sans trop de difficulté, faire tourner la lame interne, parce que la lame externe laisse à côté d'elle un espace dans lequel l'interne peut avancer. Mais si le corps remplit exactement le conduit, le mouvement de demi-cerle est impossible ; dans ce cas, il suffit de faire exécuter à la lame interne un tiers de cercle, de manière à former avec l'autre lame une sorte de cuillère qui peut soulever le corps. Dans ces circonstances, l'instrument devient insuffisant; il faut, comme avec la curette de Leroy d'Étiolles, faire usage d'une petite pince pour achever l'extraction.

M. Sapolini a aussi modifié la pince ordinaire, en donnant au talon qui réunit les deux branches à leur partie supérieure une épaisseur assez grande et égale sur toute son étendue, de sorte qu'un corps saisi a plus de tendance à s'échapper vers l'intérieur de la pince qu'à l'extérieur. Les deux pointes de la pince sont mousses et présentent en dedans une petite concavité à surface rugueuse.

L'auteur cite aussi incidemment un perfectionnement qu'on devrait apporter à la construction de toute espèce de ciseaux et qui consisterait à donner à l'une des branches une légère courbure à concavité interne pour que les angles des coupures fussent beaucoup plus nets.

Enfin, M. Sapolini termine son mémoire en rappelant aux chirurgiens que l'un des meilleurs moyens pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille consiste à faire des injections à jet fort et prolongé, procédé qui a l'avantage, quand bien même il ne suffirait pas, de diminuer l'inflammation du conduit auditif, provoquée par le séjour du corps étranger.

Dr Henneguy.

Contribution à l'histologie pathologique du revêtement de l'oreille moyenne,

par le professeur Adam Politzer, à Vienne. (*In Arch. für Ohrenh.*, Bd. XI.)

Dans un premier travail paru il y a deux ans dans les *Arch. f. Ohrenh.*, M. Politzer a donné la description d'un fait pathologique nouveau. Il s'agit de la muqueuse de la caisse du tympan, dans les couches profondes de laquelle M. Politzer avait trouvé des vaisseaux lymphatiques dilatés. Le même auteur vient de publier dans un second travail les résultats de ses nouvelles recherches histologiques dans cette direction. Il a constaté cette fois l'existence, non-seulement de lymphatiques dilatés, mais aussi celle de vaisseaux avec des dilatations ampullaires fusiformes. A côté de ces altérations vasculaires, M. Politzer a trouvé des espaces kystiques ovalaires dont les parois, à double contour, paraissent

d'une structure fibreuse et contiennent des cellules ressemblant à des corpuscules lymphatiques, mesurant de 1/20 à 1/4 de millimètre. M. Politzer les trouva tantôt isolés, dans le revêtement boursouflé de la caisse, tantôt dans le voisinage des vaisseaux lymphatiques dilatés. D'autres fois, ces cellules étaient massées dans cette muqueuse extrêmement hypertrophiée et végétante. En ce qui concerne l'état pathologique des couches profondes de ce revêtement, M. Politzer pense que, dans ce cas, il y a de la dilatation des lymphatiques et de la malformation.

Les vaisseaux dans la muqueuse hypertrophiée doivent être considérés comme étant des lymphatiques de nouvelle formation. Il serait impossible de se prononcer encore définitivement sur le mode de formation des espaces kystiques.

Dr K.

Des accidents asphyxiques dans les laryngites syphilitiques et de leur traitement,

par le Dr V. Masson, thèse de Paris, 1875.

L'auteur passe d'abord en revue les causes qui, dans la syphilis laryngée, peuvent amener l'obstruction du larynx : ce sont l'œdème accompagnant les tumeurs gommeuses et les ulcérations profondes, les fragments de cartilages minés par la carie ; plus rarement le spasme des constricteurs ou la paralysie des dilatateurs. Le point important est de préciser le siége du rétrécissement : c'est chose facile quand l'emploi du laryngoscope est possible, mais on n'a pas toujours cette ressource, et M. Masson fait observer avec justesse que si la douleur provoquée par la palpation du larynx peut indiquer le siége de la lésion, on ne doit pas exagérer la valeur de ce signe, qui peut manquer dans bien des cas. Quant à la douleur spontanée, il ne faut pas avoir une bien longue pratique du laryngoscope pour être convaincu que bien souvent les malades rapportent le siége de la douleur à un point qui n'est pas celui du maxi-

mum de la lésion. Il résulte des observations de M. Barth et de Charnal que dans les rétrécissements de la trachée, l'altération de la voix ne se montre que tardivement. Pour M. le professeur Trélat, « quand on voit survenir brusquement et à la fois l'aphonie, la dyspnée et l'asphyxie, le diagnostic ne présente aucun embarras : on est en présence d'un œdème inflammatoire de la glotte enté sur une lésion syphilitique, papule ou ulcération ; cette rapidité de la marche exclut toute idée de rétrécissement de la trachée. » La respiration fournit encore un élément précieux de diagnostic. Quand l'inspiration seule est gênée, l'œdème siége sur les replis aryténo-épiglottique. Quand, au contraire, l'inspiration et l'expiration sont toutes deux difficiles, le rétrécissement est intra-laryngé. Dans les rétrécissements de la trachée, la douleur siége le long de la trachée, derrière le sternum ; la dyspnée n'est pas intermittente, elle est continue.

Abordant la question du traitement, l'auteur conseille de ne pas trop retarder la trachéotomie quand la médication générale et les cautérisations à l'acide chromique n'amendent pas assez promptement les symptômes de dyspnée. Le traitement spécifique interne, par l'iodure de potassium, doit être aussi donné avec énergie, car il importe avant tout d'arrêter le travail d'ulcération et de nécrose qui détruit le squelette cartilagineux de la trachée. Celui-ci détruit, rien ne pourrait empêcher le retrait de la cicatrice et la formation d'un rétrécissement.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas signalé les frictions avec la pommade mercurielle sur la région cervicale antérieure. Il propose par contre l'usage des vésicatoires sur la région latérale du cou, en laissant entre eux, sur la ligne médiane, un espace suffisant pour le passage du bistouri, dans le cas où on serait obligé de recourir à la trachéotomie ; mais les vésicatoires ainsi posés sont très-douloureux au moindre mouvement du cou : s'ils laissent libre la ligne où portera l'incision, ils n'en forment pas moins sur les côtés deux surfaces ulcérées sur lesquelles presseront les rubans qui fixent la canule ; aussi est-il préférable d'appliquer les vésicatoires sur la première pièce du ster-

num. Les veines thyroïdiennes qui arrivent jusqu'à ce niveau, et aux dépens desquelles se font la déplétion et la révulsion, permettent le dégorgement du département vasculaire du larynx.

Il faut savoir gré à M. Masson d'avoir attiré l'attention des praticiens sur les suites de la trachéotomie chez les syphilitiques. En effet, l'opération ne suffit pas ; il faut encore mettre le malade en état de retirer sa canule le plus tôt possible pour reprendre une existence normale et se livrer au travail : pour cela il est nécessaire de continuer le traitement général et les cautérisations. L'observation III de la thèse, prise dans le service de M. Isambert, montre comment ce médecin, après la trachéotomie, combat les rétrécissements cicatriciels à l'aide d'une véritable trachéotomie interne comparable à l'uréthrotomie interne. Dr Deel.

BIBLIOGRAPHIE.

Larynx.

Traité pratique des maladies du larynx, précédé d'un *Traité complet de laryngoscopie*, par le Dr Ch. Fauvel, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société de médecine pratique de Paris, de la Laryngical Society de New-York, etc., etc.

1 vol. grand in-8° de 884 pages, avec 144 figures dans le texte et 20 planches, dont 7 en chromolithographie. — Paris, 1876, chez Adrien Delahaye et Cie.

Ce volumineux ouvrage n'est, selon la préface de l'auteur, que la première partie de son traité des maladies du larynx. En effet, après 167 pages consacrées à la description des appareils et des méthodes, tout le reste du volume est consacré exclusivement aux polypes, dont l'auteur rapporte 300 observations qui lui sont personnelles, et aux cancers laryngiens, dont il donne également 44 observations. Une mention spéciale doit être faite des belles planches chromolythographiques qui accompagnent cet ouvrage, lesquelles ont été exécutées d'après les peintures du regrettable Lackerbauer.

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (708, 7-6.)

Le Gérant : G. Masson.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

DU NASILLEMENT,

par le Dr **M. Krishaber.**

Le nasillement, improprement appelé nasonnement (1), consiste en une modification anormale du timbre de la voix causée par certaines conformations congénitales ou acquises des cavités nasale et pharyngo-nasale, par des lésions dans la continuité de leurs parois, et par des tumeurs qui y surviennent. Le mécanisme de production du nasillement comporte deux variétés distinctes, et même opposées. Dans l'une, l'air passe en quantité trop considérable à travers les fosses nasales, dont l'obturation, nécessaire pour la plupart des lettres du langage, ne peut alors s'accomplir : il se produit dans ce cas (qu'on veuille bien nous permettre l'expression) une espèce de cloaque aérien entre les cavités buccale et nasale. Dans la seconde variété au contraire, les narines sont constamment imperméables, et le passage de l'air, pour les lettres dont la prononciation l'exige, ne peut point s'accomplir.

A ces deux variétés que nous désignerons sous le nom de rhinophonie, se rattache une troisième, ayant pour cause l'oblitération plus ou moins complète des fosses nasales, au niveau de la cavité pharyngo-buccale; elle produit la voix

(1) Les expressions de *nasonnement* et de *voix nasonnée*, très-usitées en médecine, ne figurent pas dans le *Dictionnaire de la langue française* de Littré.

gutturale que sa parenté avec la voix nasale nous fera ajouter ici sous le nom de pharyngophonie.

Le nasillement avec l'impossibilité d'occlure les narines, atteint toutes les lettres de l'alphabet, excepté celles dont la prononciation exige le relâchement complet du voile du palais, l'*m* et l'*n;* elle se produit aussi bien pour la voix chantée que pour la voix parlée.

Pendant la production de la voix normale, le voile du palais se trouve intimement appuyé contre la paroi postérieure de la cavité pharyngo-nasale, et obture la communication entre cette cavité et celle des fosses nasales et des narines; en même temps les piliers du voile du palais tendent à s'approcher de la ligne médiane, et la base de la langue vient, à son tour, en s'épaississant et en s'élevant, contribuer au mécanisme de cette obturation. Nous verrons cependant dans un instant que, contrairement à ce qui est admis par les auteurs, le concours des piliers et de la base de la langue, n'est nullement nécessaire pour la production de l'occlusion, qui s'effectue facilement par l'action *seule* du voile du palais.

La cavité pharyngo-nasale une fois séparée de celle de la bouche, les ondes sonores de la glotte trouvent un résonnateur favorable dans la cavité buccale, dont les harmoniques, s'associant aux sons glottiques, contribuent pour la plus large part à la production du timbre normal de la voix.

Or, dans les cas où l'isolement de la bouche ne peut-être effectué, les ondes sonores traversent en quantité considérable les narines et trouvent un résonnateur dans le nez, en y provoquant des harmoniques qui s'associent à leur tour au son glottique, dans des proportions défavorables à la production d'un timbre agréable à l'oreille: la voix devient nasillarde.

Nous avons observé que l'individu atteint de cette variété de nasillement reprend très-souvent haleine en parlant, l'air passant en trop grande quantité par les narines. Pendant le chant les choses se passent approximativement de même lorsque des paroles accompagnent le motif musical; mais dans la vocalisation pure, la durée des sons est sensiblement plus longue. On conçoit aisément que, pendant la vocalisation, la

colonne d'air expirée, mise en oscillations sonores au niveau de la glotte, ne s'échappe par les voies supérieures que dans des proportions qui sont mesurées par la fente glottique, rétrécie proportionnellement à la hauteur du son. Mais la glotte, tout en restant la génératrice du son, est dans la voix parlée moins tendue et presque toujours plus largement ouverte que dans le chant; la quantité d'air débité pendant les phrases doit donc être surtout mesurée par les lèvres de la bouche; comme celle-ci communique directement avec le nez dont les orifices sont toujours béants, l'air s'échappe en quantités démesurées, et les expirations deviennent très-courtes; il s'ensuit que les inspirations doivent être incessamment renouvelées. La brièveté des phrases et la fréquence obligée des mouvements respiratoires chez les individus atteints de ce genre de rhinophonie, trouve ainsi son explication.

Nous avons eu plusieurs fois occasion (dans l'hystérie et dans la convalescence de la diphtérie) de faire instantanément cesser le nasillement dû à la paralysie du voile du palais, en exerçant au moyen d'une spatule ou du manche d'une cuiller une légère pression sur la base du voile du palais. La paralysie de la sensibilité, qui accompagne le plus souvent la paralysie musculaire du voile du palais, donne à cette organe dans ce cas une tolérance à l'attouchement, qui facilite cette pratique.

Il est aisé pour tout expérimentateur, d'étudier le mécanisme du voile du palais à l'état normal. Voici l'expérience que nous avons faite sur nous-même à cet effet. En nous plaçant devant une glace, nous émettions, à bouche grande ouverte, une note musicale quelconque; nous laissions ensuite, tout en filant cette note, tout d'un coup tomber le voile du palais, et la voix prenait aussitôt le timbre nasillard; si maintenant, sans contracter par la volonté le voile du palais, nous venions à exercer une légère pression au moyen d'une spatule sur la base du voile du palais, la voix, de nasillarde qu'elle était devenue, redevenait buccale, et reprenait son timbre normal.

Pour s'assurer de l'efficacité de l'obturation faite par l'ac-

tion exclusive du voile du palais, il faut tirer fortement hors de la bouche la langue qui, par conséquent, ne peut se grossir à sa base; les piliers à leur tour se trouvent tirés en avant; par conséquent, aucun concours n'est donné au voile du palais qui accomplit cependant très-exactement l'obturation.

L'expérience suivante nous a donné des résultats précis au sujet de la quantité d'air débité pendant la voix normale et pendant la voix nasillarde. En lisant un livre couramment et à voix médiocrement élevée, nous pouvions nous faire entendre, sans reprendre haleine, pendant un laps de temps qui variait suivant la hauteur du ton, de 22 à 27 secondes; si ensuite nous continuions la lecture en nasillant, c'est-à-dire en laissant volontairement tomber le voile du palais, nous étions obligé de faire une nouvelle inspiration après un temps extrêmement court qui variait entre 4 et 7 secondes.

Mais le rhythme de la respiration n'est pas seul altéré, la force d'impulsion de la colonne d'air qui traverse les lèvres buccales est singulièrement diminuée dans la chute du voile du palais, d'où cette particularité caractéristique, que les individus chez lesquels il existe une communication constante entre la bouche et le nez, ne peuvent pas siffler.

En nous plaçant en face d'une bougie allumée, nous éteignions d'abord la flamme à environ un mètre de distance et nous pouvions ébranler cette flamme sans l'éteindre à près de trois mètres. Lorsque nous laissions tomber le voile du palais, nous devenions complétement incapable d'éteindre la flamme et ne pouvions l'ébranler qu'à quarante centimètres.

Il serait oiseux d'analyser plus longuement ces différences dont l'explication est toujours la même: pouvoir de mesurer l'air expiré, au moyen des lèvres, en l'état normal, et impossibilité au contraire, d'en retenir la fuite par les narines, lorsqu'il y a communication directe entre la bouche et le nez.

Une particularité très-caractéristique qui se rattache au nasillement de cette variété, consiste dans l'aspect grimaçant du malade pendant qu'il parle. Les contractions involontaires des muscles de la face paraissent avoir pour but l'occlusion des narines, qui ne s'effectue pas, mais le nez s'abaisse cependant dans sa totalité, la lèvre supérieure s'élève,

l'espace nasal s'efface, et les narines se retrécissent réellement dans une certaine mesure.

Cette variété de rhinophonie a pour cause la plus fréquente la division du palais ou du voile du palais, ou la destruction plus ou moins complète de ses organes, telle qu'on l'observe dans les diathèses syphilitique, scrofuleuse ou tuberculeuse.

Lorsque la perforation du palais, est limitée, le malade prend l'habitude d'obturer dans une certaine mesure l'orifice anormal au moyen de la langue ; la parole s'embarrasse il est vrai, mais le nasillement devient moins prononcé.

La paralysie du voile du palais, moins fréquente que les ulcérations de l'organe, produit un nasillement sensiblement moindre aussi. L'individu atteint de cette paralysie peut formuler des phrases dont la durée est à peu près double de la durée des phrases de l'individu chez lequel le voile du palais est détruit ; ce qui prouve que ses organes, même dans l'inaction, opposent encore une certaine résistance toute mécanique au passage de l'air vers les fosses nasales. En examinant un individu atteint de nasillement par paralysie du voile du palais, on constate que cette membrane musculaire est porté en bas et en avant, la luette venant s'effacer contre la langue, et les piliers des deux côtés restant très-manifestement dans un état de relâchement inerte.

A côté des états morbides que nous venons de signaler et qui sont de beaucoup les plus importants, nous rappellerons encore comme cause de rhinophonie à des degrés moins prononcés, la brièveté du voile du palais et la profondeurs excessive de la voûte du pharynx due à la direction quelque peu anormale de l'apophyse basilaire, fuyant trop en arrière. Ces dispositions anatomiques sont très-souvent héréditaires, ce qui explique la fréquence du nasillement chez tous les membres de la même famille.

Nous arrivons maintenant aux vices d'articulation de la voix dus à l'oblitération des narines et des fosses nasales. Ici, c'est le siége de l'oblitération qui constitue des différences fondamentales. Lorsqu'elle s'est produite près des narines, le nez, comme dans la première variété du nasille-

lement, fait l'office de résonnateur, et alors, malgré la différence fondamentale qui existe dans le mécanisme de formation du nasillement, puisque cette fois le passage de l'air est arrêté, la voix prend un timbre nasal, mais le son est maintenant sourd et étouffé comme celui d'un tambour recouvert d'un drap. Ce sont particulièrement les lettres *m* et *n* dont la prononciation devenue impossible, imprime au langage ce caractère de nasillement si particulièrement désagréable à l'oreille que tout le monde connaît. Il s'entend, comme cela a lieu pour la première variété de nasillement, beaucoup moins dans la voix chantée que dans la voix parlée. Cette différence existe non-seulement eu égard à la vocalisation, mais aussi pour le chant accompagné de texte. Il est en effet toujours loisible au chanteur de glisser légèrement et sans les faire entendre distinctement, sur les consonnes, et même de supprimer complétement celles dont la prononciation est particulièrement viciée, et comme dans cette forme de nasillement, la respiration n'est pas atteinte dans son rhythme, la durée de l'expiration pouvant être prolongée autant qu'à l'état normal, il s'ensuit que la voix chantée n'est que peu troublée.

Il se rattache par contre à cette variété de rhinophonie, des troubles respiratoires d'une autre nature et bien plus sérieux qu'à la première variété ; l'individu atteint d'oblitération complète des narines, étant obligé de respirer constamment par la bouche, subit des inconvénients qui ne sont même pas dépourvus de gravité. Un des plus légers consiste d'abord en un certain bruit de ronflement qui a lieu non-seulement pendant le sommeil, mais parfois même à l'état de veille; la mastication à son tour, voire même la dégustation des aliments ne s'accomplissent pas aisément. Cette forme de respiration a pour conséquence immédiate de dessécher la muqueuse pharyngobuccale, de l'irriter et d'y provoquer à la longue une inflammation chronique caractérisée surtout par de la rougeur généralisée et par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse; de là, la fréquence des granulations pharyngées dans les cas d'obstruction du nez, et il n'est pas rare que le larynx ne soit impliqué par propagation dans ce travail morbide.

L'individu est gêné, essoufflé chaque fois qu'à la suite de certains efforts, il a besoin de faire de grands mouvements d'inspiration comme après la marche un peu forcée, la course, la danse, les actions musculaires activées de toute nature. Les émotions à leur tour paraissent produire de l'anhélation.

Nous avons signalé plus haut des contractions grimaçantes de la face; cette fois encore l'affection imprime à la figure un cachet particulier, différent cependant de celui de la première variété de nasillement. La bouche constamment entr'ouverte a pour conséquence d'abaisser les commissures labiales, tandis que le sillon labio-nasal se trouve presque effacé : la physionomie prend une expression à la fois hébétée et anxieuse. Ces particularités s'observent beaucoup moins lorsque l'infirmité a été acquise à l'âge adulte; mais elle est très-caractéristique dans les cas d'obstruction nasale datant de l'enfance.

Les causes les plus fréquentes de l'imperméabilité des narines et du nasillement qui en est la conséquence, sont en premier lieu le coryza aigu ou chronique, et ensuite par ordre de fréquence, les diverses variétés de polypes du nez, les tumeurs osseuses et les tumeurs malignes, le rétrécissement par déformation des os du nez et par des cicatrices.

Nous voyons par l'ensemble de notre exposé que le phénomène du nasillement se rattache constamment à des altérations locales toujours faciles à diagnostiquer. Pour lui opposer un traitement efficace, il faut par conséquent toujours combattre la cause directe dont il est l'expression.

Il est presque inutile de mentionner la nécessité d'enrayer la tendance aux ulcérations diathésiques par la médication générale; les moyens topiques à employer sont surtout mécaniques; ce sont les seuls lorsque le vice phonétique est dû à des pertes de substance que les obturateurs corrigent dans une large mesure, surtout dans les cas où la division est limitée à l'os du palais. Les obturateurs sont d'une application moins efficace et aussi bien plus difficile, dans le cas où la perte de substance atteint le voile du palais, à cause de la nécessité, pour la prononciation de certaines lettres, de laisser persister la communication entre les cavités buccale

et nasale. L'application d'une plaque en caoutchouc ou en métal qui corrige partiellement ce que nous avons appelé, le cloaque aérien est d'une utilité incontestable cependant ; elle ne supprime pas le nasillement, mais elle en atténue l'intensité. Cette plaque n'est pas dépourvue d'utilité même dans les cas de paralysie du voile du palais, par la pression qu'elle exerce à la base de l'organe en suppléant ainsi à la contraction des muscles. A côté de ces moyens mécaniques, on emploie avec utilité contre la paralysie la faradisation locale.

Quant aux obstructions nasales dues aux causes que nous avons énumérées plus haut, le traitement qui leur convient est surtout chirurgical et consiste le plus souvent dans l'ablation et l'arrachement des tumeurs, dans le redressement des parois déviées des narines, ou dans l'application de topiques propres à combattre les affections de toute nature qui se produisent dans les premières voies aériennes.

A l'affection que nous venons de traiter se rattache comme corollaire une modification morbide du timbre de la voix à laquelle on pourrait donner le nom de pharyngophonie ; c'est la voix gutturale qui apparaît d'une manière modérée dans l'hypertrophie des amygdales et prend son maximum d'intensité dans les affections du pharynx qui obstruent complétement les fosses nasales. Il en est ainsi dans les adhérences au pharynx du voile du palais, dans les vastes tumeurs dites naso-pharyngiennes, etc.

Dans tous ces cas l'air ne passe point par les narines et il ne franchit même pas les fosses nasales ; c'est dans la cavité pharyngo-buccale que viennent s'éteindre les sons dont l'articulation exige le timbre nasal. La voix prend alors un son sec et très-pauvre en vibrations qui la distingue complétement, à la fois, de la voix normale et de la voix nasillée.

Nous nous bornons ici à en faire mention pour mémoire.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES POLYPES DE L'OREILLE,

par le **Dr Ladreit de Lacharrière,**

suivies de deux observations de polypes du conduit auditif, par le Dr Motte.

M. le Dr Motte, de Dinant, a publié sous le titre de *Consi-*

dérations pratiques sur les maladies de l'oreille, polypes du conduit auditif, une brochure intéressante. Sa lecture nous a inspiré l'idée de résumer en quelques pages les résultats de notre pratique sur la nature et le traitement des polypes de l'oreille. Nous ferons suivre ces réflexions des deux observations très-complètes que nous trouvons dans la brochure de notre distingué confrère, et qui offrent pour notre publication un véritable intérêt.

Les polypes de l'oreille sont des productions pathologiques si fréquentes qu'il ne se passe presque pas de semaine que les médecins auristes n'aient l'occasion d'en observer. Si l'on passe en revue ce qui a été écrit sur ce sujet, on doit reconnaître cependant que l'étude de ces végétations n'est pas encore complète.

Toynbee (1) les classe en trois variétés : polypes cellulaires framboisés, polypes fibro-gélatineux, polypes celluloglandulaires. M. Bonnafont (2) rappelle l'analogie qui existe entre les polypes des fosses nasales et ceux de l'oreille, et fait observer avec raison que les différences de structure qu'ils présentent tiennent aux conditions un peu différentes des tissus sur lesquels ils ont pris naissance.

La meilleure classification pour John Roosa (3) serait celle de Stendener, qui les divise en polypes muqueux, fibreux, et en myxomes.

C'est en effet la classification la plus exacte au point de vue anatomique.

Envisagée dans son ensemble, la question des polypes dépasserait l'étendue que nous voulons donner aujourd'hui à ce travail ; nous nous bornerons à étudier ces productions morbides au point de vue de leur siége et de leur traitement. Faisons observer tout d'abord qu'il ne faut pas confondre sous la même dénomination les tumeurs malignes de l'oreille qui sont de véritables cancers, se développent avec une prodigieuse activité, et ont une grande tendance à se reproduire quand on en a fait l'ablation.

(1) *Maladies de l'oreille*, J. Toynbee, chap. VI.
(2) *Traité des maladies de l'oreille*, p. 212.
(3) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 380.

« Le point d'insertion des polypes, écrit M. Bonnafont (1), « peut se faire sur toutes les parties du conduit et de la mem- « brane du tympan ; mais, contre l'opinion de la plupart des « chirurgiens qui prétendent que les polypes prennent rare- « ment naissance au fond du conduit, je soutiens qu'on les « rencontre bien plus souvent aux environs de la membrane « du tympan ou sur cette membrane même qu'à l'orifice du « conduit. »

Pour M. de Trœltsch (2), les polypes de l'oreille peuvent naître en différents points de l'organe auditif. Le conduit auditif est, d'après lui, le lieu où ils naissent le plus rarement.

Toynbee et Wilde ont vu au contraire le plus souvent les polypes naître dans le conduit auditif, et le dernier principalement à la paroi postérieure.

Nous avons eu l'occasion d'observer des polypes dans les différentes parties de l'oreille externe et moyenne, mais notre expérience nous fait partager l'opinion de M. de Trœltsch et considérer les polypes de l'oreille moyenne comme de beaucoup les plus fréquents. Un examen attentif du siége d'implantation du pédicule nous a démontré que huit fois sur dix c'était la caisse qui était le point de départ. Tantôt la membrane du tympan se trouve détruite dans la plus grande partie de son étendue, tantôt, après l'ablation de la tumeur, on constate que le tympan présente un pertuis à travers lequel on aperçoit un fragment du pédicule. Dans ce cas, la tumeur, après avoir fait saillie à travers l'ouverture tympanique, prend l'expension fibro vasculaire qui vient remplir le conduit auditif.

Tous les points de la caisse peuvent être le siége du développement de ces tumeurs. M. De Trœltsch a observé un polype qui était implanté à la partie supérieure de la trompe. Les polypes qui se développent dans la caisse sont généralement de nature fibreuse ou fibro-cellulaire. Ils contiennent rarement des vacuoles dans leur intérieur. Ils ont l'apparence blanchâtre légèrement rosée, et sont d'une densité assez grande. Ces sortes de polypes peuvent prendre naissance

(1) *Loco cit.*, p. 216.
(2) *Loco cit.*, p. 461.

sur les parois des conduits ou sur le tympan, mais cela est rare. Sur le tympan, on observe le plus souvent les polypes muqueux. Ils ont un aspect blanchâtre, des parois presque transparentes; ils contiennent des vacuoles ou un tissu cellulaire à mailles assez larges et remplies d'un liquide muqueux incolore. Ils ont une base d'implantation souvent très-étroite, sont peu adhérents, s'arrachent facilement, et même quelquefois se détachent spontanément et tombent. Ils ont presque toujours pour siége la surface du tympan, mais occupent rarement le centre de cette membrane; c'est le plus souvent sur un point de la circonférence qu'ils sont implantés. M. De Trœltsch a eu l'occasion d'observer un polype qui était dû à la transformation de la membrane du tympan dont tous les éléments y étaient représentés. Mais ces tumeurs sont rares et celles qu'on observe le plus généralement sont développées soit dans la couche externe, soit dans la couche moyenne, et alors ceux-ci renferment des éléments fibreux en plus grande abondance.

Sur les parois du conduit auditif, on peut observer les trois variétés de polypes que les auteurs ont décrites ; mais je le répète, ces productions morbides sont beaucoup plus rares que dans la caisse. On peut comprendre leurs diverses structures par les éléments dans lesquels ils prennent naissance. Le polype muqueux aura son point de départ dans les follicules glandulaires. Le fibreux naîtra à la surface du périoste enflammé. Le myxôme ou polype cellulo-framboisé aura pour siége la surface de l'os lui-même dénudée, soit par une ulcération, soit par un abcès circonscrit.

M. le Dr Motte cherche quelles peuvent être les causes qui président au développement de ces productions morbides de nouvelle formation. Les théories généralement admises sur la production des tumeurs ne sauraient le satisfaire. Sans attacher à la théorie qu'il émet une importance exagérée, il croit que le développement ou la reproduction des polypes de l'oreille serait toujours due à une hypérhémie sanguine ou à un exsudat plastique. « Détruisons, écrit-il, par « un procédé quelconque, un polype qui a vécu plusieurs « années au fond du conduit auditif : s'il est quelque peu

« volumineux et que son pédicule soit étroit, ce pédicule « donnera passage à un ou plusieurs vaisseaux relativement « considérables dont l'oblitération ne manquera pas de jeter « le trouble sur le territoire voisin alimenté par des branches « collatérales en rapport avec eux. M. de Trœltsch a démontré « que le conduit auditif externe et la membrane du tympan « reçoivent leurs vaisseaux d'un même tronc vasculaire, c'est-« à-dire de l'artère auriculaire profonde. Il s'ensuit donc que « la membrane du tympan en particulier va devenir instanta-« nément le siége d'une hypérhémie qui fournira les élé-« ments nécessaires à une série d'évolutions organiques re-« marquables, et cela précisément à cause de la modalité « fonctionnelle toute spéciale qu'elle affecte. »

Nous ne partageons pas la théorie de notre confrère, et nous croyons que l'inflammation peut justifier toutes les productions morbides du conduit auditif et expliquer leur récidive et leur multiplication. Mais, nous dira-t-on, l'hypérhémie n'est-elle pas l'élément primordial de l'inflammation? Oui, mais elle n'en est que l'élément initial. Tantôt, en effet, c'est à la suite d'otorrhées qui ont duré longtemps qu'on voit apparaître la production polypiforme : la cause alors est évidente, et c'est la plus commune. Quand on déterge les surfaces malades, on remarque des ulcérations sur lesquelles naîtront des végétations, comme on en observe à la surface de toutes les plaies, et qui deviendront plus tard des polypes. D'autres fois, au contraire, le polype semble être la cause de l'otorrhée, et ce qui le prouve, c'est que son enlèvement est suivi d'une prompte guérison. Si l'on recherche alors quel a été le point d'implantation, on voit qu'il est très-limité, très-circonscrit, et on est porté à croire qu'un follicule glandulaire enflammé, un petit phlegmon, ont été les points de départ de la tumeur. Dans l'une et l'autre espèce, l'inflammation est une cause suffisante pour justifier la maladie.

Ce que nous avons dit de la nature des polypes de l'oreille suffit pour montrer combien il est utile de rechercher les points d'implantation, avant de déterminer quels seront les moyens employés pour les détruire. Suivant que le polype aura pour siége le conduit auditif, la mem-

brane du tympe ou la caisse du tympan, les procédés employés devront être différents. Ils seront choisis également suivant la nature même de la tumeur. Nous ne saurions donc trop recommander d'étudier toutes ces conditions, avant de décider le traitement. L'introduction d'un stylet permettra de reconnaître si le polype a pris naissance sur la paroi du conduit. Sa pénétration à une distance plus profonde apprendra qu'il vient de la caisse. Cependant ce mode d'exploration sera incomplet si le polype développé dans la caisse fait saillie à travers une petite perforation du tympan. On pourra supposer alors qu'il est implanté sur la membrane ; mais on se souviendra que les polypes fibreux ont pour siége le plus commun la caisse du tympan et rarement sa membrane. Si c'est un polype muqueux, au contraire toutes les présomptions seront qu'il est implanté sur la membrane tympanique. Dans le doute une anse de fil conduite par un stylet et embrassant la tumeur pourra quelque fois éclaircir le diagnostic. Il faudra alors toujours, comme le recommande M. Bonnafont, consulter l'état de la fonction. Si la montre ou la diapason sont entendus plus nettement sur l'apophyse mastoïde que partout ailleurs, il y aura de grandes chances pour que l'obstacle ne soit pas dans la caisse, et que le polype ait son origine dans le conduit. Si au contraire la montre est aussi mal entendue partout, on devra supposer que c'est la situation inverse qui a lieu.

Un mot encore sur le traitement des polypes de l'oreille. Les trois méthodes qui ont été employées de tout temps sont l'arrachement l''excision et la cautérisation.

L'arrachement est une méthode facile qui consiste à saisir le polype avec une pince assez solide, et à tordre la tumeur sur elle même jusqu'à ce qu'elle se détache. Cette méthode, sans danger pour les polypes du conduit auditif, et pour les polypes muqueux de la membrane du tympan qui se détachent sous la moindre pression, ne serait pas sans inconvénients dans le cas où le polype qui naît de la membrane du tympan serait de nature fibreuse, et à plus forte raison dans le cas où il serait implanté dans le fond de la caisse. On s'exposerait parfois à déchirer la membrane du tympan et à luxer le manche

du marteau. On pourrait également produire dans la caisse des lésions plus ou moins graves, et des décollements de la muqueuse dont il serait difficile de prévoir les conséquences. Enfin je dois mentionner les hémorrhagies.

Toutes les fois qu'on aura des doutes sur le siége d'implantation du polype, et sur la nature de ses éléments anatomiques, il faudra renoncer à l'arrachement pour avoir recours à l'excision.

Cette opération peut être pratiquée à l'aide de ciseaux minces et recourbés sur le plat des lames, mais il faut pour cela que le conduit soit relativement large et que le polype ne soit pas trop volumieux. Il arrivera aussi qu'avec des ciseaux on s'exposera quelques fois à couper au-dessus du pédicule, et cela arrivera toujours pour les polypes de la caisse. Nous croyons qu'il est préférable de se servir d'un fil métallique. Le polypotome de Wilde qui se compose d'une anse métallique qui passe dans un tube creux est l'instrument le plus généralement employé.

Quelques modifications ont été apportées à cet instrument pour le rendre plus commode. M. le Dr Désarènes a fait couder l'instrument au point de jonction de la tige creuse et du manche afin que la main ne puisse pas gêner la vue de l'opérateur. Moi-même, en 1869, j'ai fait adapter à l'instrument un levier qui permît de le manœvreur d'une seule main, ce qui en a rendu le mécanisme plus facile. Cette petite modification a été présentée à l'académie de médecine. Je n'attache pas à cette innovation plus d'importance qu'elle n'en mérite, et je m'abstiendrais ici d'en parler et d'en revendiquer le mérite, si M. Péan, dans sa nouvelle édition des éléments de pathologie chirurgicale, de Nélaton, page 47, n'avait fait reproduire avec éloge la figure de mon instrument, mais en l'attribuant à un de mes confrères. Quoiqu'il en soit de ces modifications, le principe de cet instrument appartient à Wilde. Par ce moyen l'excision des polypes est facile, et n'expose le malade à aucun des inconvénients de l'arrachement. Pour s'en servir avec sûreté, il faut d'abord bien se rendre compte du point d'implantation du pédicule, et faire tenir solidement la tête du malade pour ne pas s'exposer à ne sectionner qu'une partie de la tumeur.

Lorsque, malgré toutes les précautions, la tumeur n'a pas été coupée à sa base, et lorsqu'elle semble devoir se reproduire, il faut maîtriser ce travail morbide par des cautérisations.

Le caustique le plus employé est certainement le nitrate d'argent. J'ajouterai que s'il est le plus innocent, il est aussi le plus infidèle. La cautérisation étant trop superficielle elle imprime quelque fois, au lieu de détruire le mal, une nouvelle activité morbide pour sa reproduction. M. de Trœltsch recommande la pâte de Vienne et le chlorure de zinc, tout en déclarant qu'il donne la préférence au nitrate d'argent. La pâte de Vienne par sa facilité à couler a l'inconvénient d'atteindre les parties qu'on veut respecter.

Le nitrate acide de mercure ou l'acide chromique portés sur la tumeur détruisent profondément, mais il ont l'inconvénient de brûler plus profondément qu'on ne voudrait, et ils exposent le malade à des inflammations graves. Ils provoquent en outre quelque fois des douleurs véritablement cruelles. J'ai dû rechercher un caustique dont l'action ne fût pas trop violente, et qui fût cependant capable de détruire ce que je voulais atteindre. Le souvenir des essais de M. le Dr Maisonneuve, pour la destruction des tumeurs à l'aide de flèches, m'a donné l'idée d'avoir recours pour l'oreille aux mêmes moyens. J'ai fait préparer par M. Vié-Garnier, pharmacien à Paris, de petites flèches avec de la farine de froment, du chlorure de zinc et une petite quantité de morphine. Ces flèches, séchées au four, acquièrent une dureté qui permet de les introduire par la pression dans les tissus que l'on veut détruire. Leur action caustique est peu douloureuse et ne s'étend pas profondément dans les tissus avec lesquels elles sont en contact. Je parviens ainsi à détruire presque sans douleur les parties du polype que l'excision n'a pas pu atteindre, et j'obtiens ainsi journellement les résultats les plus satisfaisants.

Les deux observations suivantes, publiées par M. le Dr Motte, offrent un véritable intérêt et nous nous empressons de les reproduire dans notre recueil.

Observation I. — *Polype fibro-gélatineux du conduit auditif externe, surdité complète de ce côté, arrachement, repullulation opiniâtre, guérison.* — *Rétablissement de l'ouïe.*

La jeune fille, aujourd'hui âgée de 14 ans, qui fait le sujet de cette observation, n'avait guère qu'une sixaine d'années, quand ses parents s'aperçurent qu'il s'opérait une notable diminution dans sa faculté auditive. Vers cette époque aussi, l'enfant s'éveilla un soir en sursaut en accusant une vive douleur au fond de l'oreille droite. Depuis lors, le conduit auditif n'a cessé de donner issue à un écoulement jaune verdâtre d'une odeur repoussante, contre lequel des injections furent employées très-irrégulièrement. Des bruits subjectifs ont tourmenté la malade, à différentes reprises ; ils se faisaient surtout entendre pendant la nuit, quand l'enfant posait la tête sur le côté sain, et au point d'empêcher ou d'interrompre le sommeil ; parfois aussi, les bourdonnements étaient tellement intenses et fatigants, au milieu du jour, qu'elle était forcée de sortir de l'église où ils semblaient s'exaspérer.

Il y a déjà plusieurs années qu'indépendamment de tous ces troubles physiologiques, elle se plaignait *d'avoir quelque chose dans l'oreille*. Un jour, le père inspecta le conduit auditif et vit qu'il était obstrué par une excroissance charnue. Il fit venir un médecin qui en enleva une portion avec des ciseaux et toucha le reste avec le crayon de nitrate d'argent. Cela se passait il y a environ quatre ans. Le traitement dura quelques semaines, puis l'enfant se refusa à tout examen.

Le 9 mai 1874 on m'amène la malade.

Cette jeune fille paraît jouir de tous les attributs de la santé ; elle n'a du reste jamais présenté d'autre affection que celle pour laquelle elle réclame mes soins, et elle appartient à une famille indemne de tout vice diathésique dans laquelle aucun trouble auditif ne s'est jamais manifesté. Elle est réglée depuis un an et le flux cataménial s'est toujours opéré avec une parfaite régularité.

Examen des oreilles. — 1° *Au point de vue anatomique.* — *Oreille droite.* — Un bourgeon d'apparence trilobé, lisse, rosé de consistance cellulo-fibreuse, obture complétement le conduit auditif et s'avance au niveau du méat dont la lumière paraît presque doublée par la distension, occasionnée par cette production morbide. La portion saillante en cet endroit jouit

d'une certaine mobilité et les lobes peuvent s'enrouler et se tordre les uns sur les autres. En poussant un stylet le long des parois du canal, on arrive à une profondeur d'environ 2 centimètres, sans qu'il soit possible de sentir nettement un point d'insertion, soit dans le conduit, soit sur la membrane du tympan elle-même. Seulement à la facilité avec laquelle l'instrument chemine autour du pédicule, je ne doute pas que le siége d'implantation ne se trouve profondément situé, c'est-à-dire dans le voisinage du tympan. Le tout est baigné d'un liquide verdâtre, de l'odeur caractéristique bien connue des écoulements de cette région.

Du côté du pavillon, je ne remarque rien d'intéressant à noter.

Oreille gauche. — Calibre du canal, normal ; cérumen semi-liquide assez abondant; tympan blanc-laiteux, de teinte uniforme, comme s'il y avait eu là un travail inflammatoire de date plus ou moins récente. Il ne paraît pas néanmoins qu'aucun écoulement ait jamais eu lieu de ce côté. Le triangle lumineux, comme on le conçoit, fait ici complétement défaut.

2° *Examen au point de vue fonctionnel. — A droite.* — Il faut élever très-fort la voix pour se faire comprendre; en pareille occurrence, il est permis d'attribuer l'audition à l'oreille opposée, par suite de la répercussion inévitable opérée par les parois de l'appartement. La perception du tic-tac de la montre est absolument impossible, même au contact ; la transmission osseuse, au contraire, est très-notable, quel que soit le siége d'application : tempe, apophyse mastoïde, région frontale, arcades dentaires. Ces extrêmes sont vraiment remarquables et nous fournissent du reste, *ipso facto*, des garanties sérieuses pour l'avenir de la fonction. Aussi, puis-je annoncer à la jeune fille, ainsi qu'à son père, qu'une fois le polype enlevé, l'ouïe reparaîtra bientôt.

A gauche. — La parole est saisie à la distance normale. La montre, au contraire, ne s'entend qu'à une distance de 80 centimètres. La transmission à travers les os se fait distinctement.

Les bourdonnements qui ont marqué la période de développement de l'affection, sont devenus, par la suite, de plus en plus rares.

L'inspection de la gorge ne me fait découvrir ni inflammation en aucun point, ni gonflement des amygdales.

La sensibilité excessive de la muqueuse pituitaire ne me permet d'explorer ni la trompe ni la caisse.

En présence de l'existence d'une production charnue, compromettant si gravement l'ouïe de cette jeune fille et pouvant à la longue entraîner d'autres inconvénients plus sérieux, je n'hésitai pas à proposer l'ablation du polype ; ce qui fut accepté sur-le-champ.

Opération. — Je tentai d'abord d'employer le polypotome de Wilde, mais il me fut impossible de l'insinuer assez loin avec son anse métallique, pour pouvoir enserrer autre chose que le tiers antérieur de la tumeur ; dans ces conditions, je ne pouvais arriver à aucun résultat satisfaisant, d'autant plus que chaque fois que l'anse se réduisait en rentrant dans la tige de l'instrument, les lobes du polype lui échappaient en glissant en arrière.

Ces insuccès répétés devaient me tracer une autre voie que je considérais comme moins inoffensive, il est vrai, mais que j'étais bien forcé d'accepter, malgré mes répugnances, sous peine de compromettre et l'art lui-même et la santé de la malade qui se confiait à mes soins. J'introduisis donc, avec lenteur et aussi loin qu'il me fut possible, les deux branches rapprochées de la pince à mors dont le professeur de Trœlsch se sert pour l'extraction de certains corps étrangers; je saisis le pédicule du polype auquel je communiquai un mouvement de torsion que j'accompagnai d'une traction fort modérée. Après quelques tours opérés en ralentissant de plus en plus le mouvement, j'eus la sensation d'une résistance vaincue et j'amenai au dehors la production morbide tout entière, lobes et pédicule. Tout aussitôt, notre jeune opérée exprima la joie qu'elle éprouvait du changement subit survenu dans la perception de la voix et des différents bruits qui se produisaient autour d'elle ; elle nous entendit, en effet, distinctement à la distance d'un mètre; phénomène fort curieux, le tic-tac de la montre que le contact luimême laissait tout à fait imperceptible, se distinguait maintenant à 40 centimètres du pavillon.

Déposé sur une surface plane, le polype mesurait deux centimètres en longueur sur un centimètre en largeur, et il s'était affaissé, au point de ne plus présenter qu'environ trois millimètres d'épaisseur ; sa teinte était pâlie ; sa surface toujours lisse et les lobes qui formaient la tête se séparaient du corps, à six millimètres de leurs extrémités libres, en deux branches, dont l'une se divisait de nouveau pour former un deuxième lobe. L'extrémité caudale était frangée, plus mince que le reste de la tumeur; elle perdait le caractère charnu et semblait formée

d'un tissu cellulo-fibreux qui se continuait en un axe central, jusqu'au voisinage de la naissance des lobes.

Cette extraction n'avait été suivie que d'un écoulement de sang fort peu considérable. Je pousse une injection d'eau tiède et je nettoie le conduit avec un petit bourdonnet de charpie. J'applique le spéculum. Toute la surface du tympan est d'un gris laiteux; en bas, en arrière, aux points d'union avec la muqueuse du canal, je découvre une surface rouge saignante, siége d'implantation de la production pathologique. La membrane du reste n'a pas changé de direction et paraît n'avoir subi aucune compression marquée de la part du polype.

Je fis faire, plusieurs fois dans la journée, des injections d'eau tiède et maintenir un tampon d'ouate dans le conduit auditif, pour modérer l'action trop vive des ondes sonores sur un organe trop longtemps soustrait à son stimulus normal.

Le 10, c'est-à-dire le lendemain de l'opération, il ne s'est rien passé d'intéressant à noter du côté de la membrane tympanique.

Le 11, deux bourgeons, émergeant de la surface d'implantation, masquent en grande partie le tympan. Je les cautérise en poussant directement sur leur surface la pointe du crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation est suivie d'une injection d'eau salée.

On injectera, deux fois par jour, une solution de sulfate de zinc (2 grammes sur 30), après avoir, au préalable, nettoyé le canal avec de l'eau tiède.

Le 14, aucune trace réelle de répullulation, seulement il existe une ligne rouge cramoisi de 4 millimètres environ de longueur, correspondant au diamètre transversal de la membrane du tympan dont l'aspect, à part cette particularité, est resté le même que précédemment.

Il s'est fait toute la semaine, un écoulement muco-purulent peu abondant et sans odeur bien marquée. La veille, il y avait eu du bourdonnement, pendant une minute environ.

On continue les injections.

Le 15, deux bourgeons, semblables aux premiers ont envahi presque tout le champ tympanique. Je les cautérise à travers le spéculum. Une fois flétris par cette opération, ils me laissent voir le tympan couvert de cinq autres petits bourgeons, disposés en cercle concentrique à l'anneau d'insertion de la membrane. Je les attaque également avec le caustique et je fais continuer l'usage du sulfate de zinc.

Le 16, il ne reste plus trace des deux bourgeons de la circonférence et les autres n'apparaissent plus que comme des points légèrement rosés. La cautérisation, du reste, avait été, comme on le conçoit, plus légère en cet endroit.

Le 17, c'est à peine si on les distingue encore.

L'enfant retourne chez ses parents qui désirent la revoir.

On fera, matin et soir, les mêmes injections, et dans quelques jours le traitement sera repris sous nos yeux.

Il est à noter que pendant toute cette première période, l'ouïe était restée ce qu'elle était après l'extraction du polype.

Nouvel examen le 26. L'écoulement muco-purulent n'a pas cessé et la perception des sons s'est un peu affaiblie; néanmoins, la petite malade entend encore la montre à 30 centimètres.

Une saillie rose grisâtre, partant du segment inférieur de l'anneau tympanique, recouvre presque toute la membrane.

Après la cautérisation, elle est en grande partie flétrie et on découvre le tympan, d'aspect louche, sans bourgeonnement d'aucune sorte. Il est vraiment curieux de voir avec quelle rapidité le nitrate d'argent abat ces produits de nouvelle formation.

J'examine également l'autre oreille, mais je n'y rencontre rien de particulier.

On injectera de l'eau de son et on continuera l'usage de sulfate de zinc pour la droite.

La malade, à notre grand regret, nous quitte de nouveau, jusqu'au 8 juin.

Inspection de l'oreille, ce jour-là, à huit heures du matin.

Audition de la montre à 20 centimètres seulement.

Le tympan est recouvert d'une couche comme charnue, lisse, rose, uniforme comme certaines muqueuses. Je cautérise cette surface et je la déchire ensuite avec la pince à mors. Je détermine ainsi la production de lambeaux saignants et flottants. Injections d'eau tiède séance tenante. On remplacera l'eau tiède par de l'eau salée plusieurs fois jusqu'à deux heures après-midi.

Nouvel examen à deux heures et demie. Le tympan réapparaît avec son aspect antérieur; il ne reste du large bourgeon de ce matin qu'une très-légère éminence gris-rose, qui n'occupe qu'un segment fort peu considérable de la membrane; il y avait donc eu là un nouveau polype pédiculé s'étant développé en forme de champignon pour masquer le tympan.

Audition de la montre à 45 centimètres.

Dilacération de cette saillie, avec la pince, puis cautérisation

suivie d'injection d'eau salée. Sulfate de zinc deux fois par jour.

Nouvelle absence jusqu'au 16.

Le 16, 9 *h. du matin.*—L'écoulement a toujours été assez abondant pendant ces huit jours. De nouvelles productions partent de la partie inférieure du canal et en obstruent presque toute la lumière. Cautérisation. A 3 h. le tympan est en partie visible. Nouvelle cautérisation plus énergique, à plusieurs reprises, en inclinant le pavillon du spéculum en haut de manière à avoir bien au centre le point d'insertion rose du bourgeon. Eau salée en injection.

La puissance d'audition n'a rien perdu depuis le 8.

Je ne revois la malade que le 23, malgré les inconvénients qui peuvent résulter de ce nouvel éloignement.

Elle m'apprend que l'oreille a donné un peu de sang, après la cautérisation énergique du 16; mais que l'écoulement purulent, si tenace, était à peu près tari depuis lors. Il n'y a plus trace de polype; il ne reste que quelques débris noirâtres au fond du conduit et une couche grise mollasse sur le tympan. Injection d'eau tiède. Sous cette action du courant liquide, apparaissent, au centre de la membrane, trois petites saillies accolées et formant triangle, d'un gris sale comme le reste. Je les râcle avec le bord du spéculum; elles se détachent et me laissent voir le tympan d'un gris foncé légèrement rosé; ce n'est là que du mucus concrété ayant affecté une disposition particulière; peut-être n'était-il rien autre que le résultat de ce mouvement trophique qui s'était manifesté sous tant de formes différentes, depuis le début du traitement.

On se contentera de faire des injections d'eau salée, plusieurs fois par jour.

Jusqu'aujourd'hui, je n'avais pas cru nécessaire d'instituer un traitement général, l'affection ne me paraissant pas se rattacher à un vice constitutionnel; voulant toutefois écarter toute fâcheuse influence qui pourrait surgir de ce côté, je conseillai à notre jeune malade de prendre du sirop de Vanier matin et soir et de faire usage d'une alimentation substantielle.

9 *juillet.* — Il y a eu des bourdonnements des deux côtés, les jours qui ont suivi le dernier examen. Du côté gauche, je ne trouve rien à noter. L'écoulement a été plus abondant à droite et du pus a constamment baigné le méat, et pourtant l'ouïe se maintient assez bien, la montre est entendue à 20 centimètres. Après avoir nettoyé le conduit, je ne trouve rien au siége primitif d'implantation, mais un boursouflement inégal, gris jau-

nâtre, recouvre toute la membrane. Je râcle la surface avec le plus petit des spéculum de Trœlsch et j'en enlève les lambeaux flottants avec les pinces. Je découvre alors une végétation légèrement bombée, lisse, rose, occupant le centre du tympan, concentrique à cette membrane et occupant à peu près la moitié de son aire.

A plusieurs reprises, je cautérise assez fortement cette nouvelle production.

En présence d'une répullulation aussi capricieuse et aussi tenace, je me vois obligé de varier mes moyens d'attaque et de demander d'autres armes à l'arsenal thérapeutique. Deux fois par jour, on injectera avec de l'eau de noyer et après avoir séché le conduit, on instillera quelques gouttes de la solution suivante :

Eau distillée	45 grammes.
Perchlorure de fer liquide.	4 grammes.

26 *juillet*, 9 *heures du matin.* — L'écoulement a été fort abondant les quinze jours qui viennent de s'écouler. Un gros bourgeon assez pâle obstrue le fond du conduit. Je le déchire et j'en cautérise les lambeaux.

2 *heures* 1/2. — Ces débris occupent encore trop d'espace pour me permettre de découvrir leurs points d'attache. Je ne parviens même pas à voir le tympan lui-même.

Injection d'eau salée; j'abandonne le perchlorure de fer. Quant à la faculté auditive, elle n'a rien perdu de ce qu'elle avait gagné, et elle n'a présenté depuis les premiers jours que de légères oscillations.

Le 19 août, l'enfant nous revient bien décidée à ne plus nous quitter avant sa complète guérison.

Je découvre un bourgeon du même aspect que celui du 26 juillet. Sa déchirure produit un écoulement de sang assez abondant. Injections d'eau salée.

Le 20, je découvre le tympan, d'aspect laiteux, bien libre, seulement il existe à la partie profonde de la face inférieure du conduit, une végétation de petit volume que je cautérise à plusieurs reprises.

Le 21, cette végétation a disparu et a laissé à sa place un point ulcéré. En revanche tout le tympan est recouvert d'une plaque uniforme, bourgeonnante; je la déchiquète avec mes pinces à mors, je la cautérise et j'en enlève les débris; malgré cela, la membrane tympanique se soustrait toujours à ma vue. Injection d'eau salée.

23 *juillet.* — Derrière les pellicules produites par la cautérisation, je découvre une surface rose bourgeonnante. Pas de cautérisation.

24. — Même aspect. Instillation, deux fois par jour, d'une solution d'ergotine au vingtième.

26. — Bourgeon aplati de dehors en dedans, occupant tout le fond du conduit. Dilacération avec la pince. Ce bourgeon n'était que l'exagération de l'état constaté aux deux dernières séances.

Après avoir bien nettoyé le canal, je constate que l'insertion du produit pathologique avait lieu suivant une ligne transversale, passant par le centre du tympan, dont je découvre très-nettement la surface grisâtre. On appliquera l'ergotine six fois par jour.

28. — Plaque rose, granuleuse, occupant la moitié concentrique de l'aire du tympan.

Cautérisation qui fait blanchir toute cette membrane.

29. — Deux fois par jour, on introduira dans le fond de l'oreille une poudre absorbante, composée de : craie 8 p., alun, 2 p. Sous cette influence les granulations se répriment, paraissent acquérir plus de consistance et deviennent plus foncées en couleur (rouge sombre au lieu de rose clair).

31. — Malgré cette modification dans leur aspect, elles augmentent encore de volume.

1er *septembre.* — Alun, tannin, craie p. œ. Cette poudre se concrète, se durcit davantage; la suppuration, qui avait disparu en grande partie, se reproduit.

3. — J'enlève avec mes pinces un gros bourgeon obstruant tout le fond du conduit. Des débris flottants occupent la moitié inférieure du tympan.

On se contentera de faire des injections d'eau salée et on abandonnera la poudre.

4. — Granulation rouge au centre de la membrane du tympan; en outre, une ligne de même teinte, longue de deux millimètres environ, se remarque en bas et en arrière de la surface tympanique.

Cautérisation. Solution *saturée* de tannin, trois fois par jour, au moyen de boulettes de charpie qu'on laisse en place.

5. — Pellicule grise, épaisse recouvrant le tympan et sous laquelle existe un bourgeonnement uniforme, plus considérable, mais n'occupant que la partie centrale de la membrane. Cautérisation et solution tannique.

7 et 8. — Même aspect; même traitement.

9. — Pas de cautérisation. Alun calciné et sulfate de zinc p. œ.

trois fois par jour. Cette application produit instantanément une vive douleur et amène tout aussitôt un écoulement séreux abondant.

10 *septembre*. — Pellicule gris jaunâtre masquant une surface granuleuse, assez consistante, que les pinces enlèvent difficilement. Même pansement. La douleur des premières applications a à peu près disparu.

11. — Pellicule épaisse, se confondant avec des lambeaux d'un jaune rosé, peu consistant, remplaçant les bourgeons du jour précédent. Ils se détachent avec la plus grande facilité sous les mors de la pince.

L'application de la poudre absorbante est encore assez douloureuse; elle est chaque fois suivie d'un écoulement abondant et je me vois obligé de faire cette application en deux temps.

12. — Le topique détermine, le soir, une douleur fort intense qui s'irradie tout autour de l'oreille. Une injection d'eau laudanisée, suivie de l'instillation de quelques gouttes de laudanum pur la font bientôt disparaître.

13. — Il n'existe plus que des détritus grisâtres au fond du conduit.

J'avais communiqué les traits principaux de ce cas si intéressant à M. le professeur Haan qui a fait des maladies de l'oreille une étude toute spéciale. Au milieu de cette lutte de tous les instants, je désirais m'entourer des lumières et de l'expérience de mon ancien maître. Il me conseilla d'abandonner provisoirement toute thérapeutique active et de me contenter de faire usage d'injections du permanganate de potasse (1 gramme pour 300 grammes d'eau distillée). Je me ralliai d'autant plus volontiers à cette manière de voir que, depuis quelques jours, il semblait s'être opéré un changement d'allure dans la marche de l'affection. J'avoue toutefois que je me défiais un peu de ces apparences dont plus d'une fois j'avais été la dupe. A différentes reprises, en effet, on se le rappelle, la répullulation avait été envoyée, tout traitement, sauf des injections de propreté, avait été suspendu; puis, brusquement, sans cause occasionnelle, le bourgeonnement reprenait sa physionomie des premiers jours. Quoi qu'il en soit, je suivis scrupuleusement les indications que voulut bien me fournir le savant professeur de Louvain, et je suis heureux de dire que je n'eus qu'à me féliciter du résultat obtenu.

Le 15, même état satisfaisant que le 13.

Même traitement; seulement, à cause d'un reste de sensibilité

dû aux manœuvres des derniers jours, après l'injection du matin on laissera tomber une goutte de laudanum au fond du conduit. Cet agent fut employé pendant quinze jours.

Je revois notre malade le 28 octobre suivant, c'est-à-dire un mois et demi plus tard. Il n'y a plus trace de polype ; au fond du canal existe une couche de pus concrété sous laquelle on découvre la membrane tympanique rosée, lisse, sans apparence de bourgeonnement.

Le sirop de Vanier qui avait été abandonné sera de nouveau employé, et on fera deux fois par jour des injections avec la solution de sulfate de zinc des premiers temps, pour tarir la suppuration, tout en continuant l'usage du permanganate de potasse afin d'agir plus directement sur l'odeur du produit de sécrétion.

Depuis cette époque, j'ai eu à différentes reprises des nouvelles de la jeune fille. Il existe encore un léger suintement, mais la guérison des troubles de l'ouïe se maintient. La montre est entendue à plus de 2 mètres et la parole est perçue aussi facilement que dans les conditions ordinaires d'une bonne audition. Quant au tympan lui-même, je me propose bien de le soumettre à un nouvel examen aussitôt que je le pourrai.

Les circonstances m'ont empêché de réaliser mon projet avant le 30 mai de l'année dernière (1875). A cette époque je trouve la surface de la membrane tympanique rouge, épaissie, un peu inégale; la partie inférieure du canal est elle-même boursoufflée à ce niveau.

Sirop de Vanier et injection au sulfate de zinc. (30 grammes eau distillée, 4 grammes, sulfate.)

10 *juin.* — Même aspect. L'écoulement persiste.

Après avoir bien nettoyé le canal, je touche le fond avec une solution saturée de nitrate d'argent. (Eau dist. q. s., sel, 50 centigrammes.) La légion atteinte se recouvre immédiatement d'une pellicule blanchâtre.

Les jours suivants on se servira du sel de potasse en injection. Cette pratique ne fut suivie que très-irrégulièrement.

25 *septembre.* — Le fond du conduit et la membrane sont masqués par un pus très-épais. Après l'avoir enlevé je mets à nu le tympan, d'un aspect grisâtre moins terne qu'autrefois. Il porte cinq granulations rosées, irrégulièrement disposées en cercle concentrique à l'anneau d'insertion de la membrane. Je les cautérise séparément avec mon petit porte-caustique. On enlèvera chaque jour le pus avec un linge sec, on versera ensuite

dans le canal, quelques gouttes de la solution suivante : eau distillée, 100 grammes ; sulfate de zinc, 3 grammes ; puis on introduira un tampon d'ouate imprégné d'un mélange de gomme arabique, 15 grammes, et d'alun, 2 grammes.

J'ai su depuis que ce traitement avait été promptement abandonné et que l'organe n'avait plus été soumis qu'à des soins de propreté.

29 *février* 1876. — J'ai été rappelé aujourd'hui près de notre intéressante malade pour une affection grave de la poitrine, développée pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde dont le début remonte à quatre mois. La constitution est fort délabrée et je constate l'existence manifeste de tubercules au sommet du poumon droit.

Comme bien on pense, je fus heureux d'avoir l'occasion d'examiner une dernière fois l'oreille qui avait été, sous mes yeux, le siége de tant de phénomènes intéressants. Le fond du canal et la membrane du tympan se présentent exactement avec l'aspect du mois de mai de l'an dernier : aucune trace de polype; mais une muqueuse hypertrophiée lisse, non granuleuse. Je me gardai bien de tracasser la pauvre enfant en reprenant la série des divers moyens tant de fois employés pour arriver à tarir un écoulement que de déplorables conditions de santé devaient fatalement entretenir et exagérer, et je me contentai de diriger ma médication contre des troubles fonctionnels, bien autrement graves et qui, je l'avoue, ne me laissent que bien peu d'espoir de guérison.

OBSERVATION II. — *Polype cellulaire framboisé, chez un enfant de cinq ans; cautérisation avec le nitrate d'argent; guérison rapide.*

Dans le courant de l'été qui vient de s'écouler, un de nos confrères les plus distingués de la province de Namur, voulut bien nous confier son petit garçon, atteint depuis assez longtemps de différents symptômes morbides du côté des organes auditifs. Cet enfant, d'une bonne santé habituelle, avait eu la scarlatine à l'âge de quatorze mois; l'éruption s'était faite incomplétement pour se localiser spécialement dans la gorge. A partir de la convalescence, les oreilles, tantôt l'une, tantôt l'autre, étaient devenues le siége d'un écoulement plus ou moins abondant et les parents s'aperçurent bientôt que l'ouïe avait un peu baissé ; à différentes époques, l'oreille gauche devint le siége d'un écou-

lement de sang peu considérable et qui ne nécessita aucun traitement spécial.

C'est le 29 juin 1875 que je fus appelé, pour la première fois, à examiner le petit malade.

Il existe de chaque côté, surtout à gauche, une sécrétion jaunâtre de muco-pus; l'odeur n'en est pas extrêmement repoussante, grâce sans doute aux injections de propreté pratiquées chaque jour. Comme l'écoulement, ce jour-là, n'était pas très-considérable, je me contentai d'introduire un morceau de toile roulée pour enlever le liquide attaché aux parois; j'attirai ensuite les pavillons en haut et en arrière pour inspecter les conduits. A droite, je ne distingue rien d'anormal; mais à gauche, je découvre une surface luisante, inégale dont je ne puis embrasser toute l'étendue. Pour compléter mon examen, j'applique le spéculum.

A droite, la membrane du tympan ne présente rien d'insolite, sauf une vascularisation un peu exagérée, le long du manche du marteau; le triangle lumineux s'y dessine fort nettement.

A gauche, le tympan est masqué par une production d'apparence framboisée portant, vers son segment supérieur, deux granulations plus volumineuses que les autres.

L'isthme du gosier et le pharynx sont indemnes de toute altération.

L'auscultation du nerf auditif me fournit les renseignements suivants: à droite, le petit malade entend la montre à 40 centimètres; à gauche, à 25 centimètres. L'audition crânienne se fait mieux qu'à une distance rapprochée du pavillon. Quant à la voix, elle est parfois difficilement perçue, et au milieu de la conversation on est souvent obligé de répéter plus d'une phrase à l'enfant.

Comme il n'arrive que trop fréquemment chez les jeunes sujets, le cathétérisme des trompes d'Eustache est rendu impossible par l'indocilité du malade; en revanche, la manœuvre de Politzer s'exécute facilement et me permet de m'assurer de la parfaite perméabilité de ces canaux.

Qu'était-ce que cette production végétante dont nous avions constaté la présence au fond du conduit auditif de l'oreille gauche? Ces granulations agglomérées dépendaient-elles de la membrane tympanique elle-même ou bien des parois du conduit? Était-ce un polype sessile ou pédiculé? Les difficultés de fixer notre diagnostic par des manœuvres déjà fort pénibles chez l'adulte, nous déterminèrent à user de prudence et à essayer de

réprimer le bourgeonnement au moyen d'injections astringentes. Nous nous arrêtâmes d'autant plus volontiers à ce parti que le père de l'enfant était absent, et nous ne croyions pas pouvoir mettre en œuvre une médication plus active, sans en avoir reçu l'autorisation formelle.

Pour le côté droit, on se contentera d'injecter une décoction de noyer; à gauche, au contraire, nous fîmes seringuer matin et soir, une solution de sulfate de zinc dans la proportion de 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. L'enfant prendra en outre deux cuillerées à bouche de sirop de Vanier par jour.

Les injections furent faites plus ou moins régulièrement jusqu'au 18 août suivant. Ce jour-là, je soumets l'oreille gauche à un nouvel examen. L'écoulement n'a pas diminué et la surface mamelonnée n'a pas changé d'aspect. Je la fais distinguer à travers le spéculum à M. le docteur B., qui, sans avoir été prévenu le moins du monde, s'écrie tout aussitôt : « Mais cela ressemble à une framboise ! — En effet, lui répondis-je, et vous venez de donner à ce polype sa véritable place dans la classification de Toynbee qui divise ces néoplasmes en cellulaires *framboisés*, en fibro-gélatineux et en cellulaires globuleux. » Avec son assentiment, je touchai la surface des bourgeons avec le nitrate d'argent fondu, fixé sur un porte-caustique coudé, que j'ai fait fabriquer par M. Clasen, et dont l'étroitesse permet le maniement facile même à travers les spéculum du plus petit calibre, comme la nécessité s'en présente souvent chez les jeunes enfants.

Le lendemain, le petit opéré partit avec ses parents pour Blankenberghe où il séjourna une dizaine de jours. Pendant ce temps et jusqu'au 23 septembre, les injections furent presque abandonnées, tant l'écoulement avait diminué.

A cette dernière date, le tympan est visible dans toute son étendue, sauf en haut et en arrière où il existe encore une éminence rougeâtre, allongée, peu considérable. J'y applique superficiellement le caustique.

Le 4 *novembre*, plus aucune trace de bourgeonnement; la membrane a repris son aspect normal et le triangle lumineux, qui n'existait pas lors du précédent examen, est maintenant parfaitement visible. Le muco-pus qui précédemment constituait l'écoulement a fait place à une matière filante de la couleur brunâtre du cérumen; il semble qu'il n'y ait plus là qu'une sécrétion normale diluée, et qui selon toute probabilité s'épaissira successivement. Néanmoins, pour arriver plus rapidement à ce ré-

sultat, je prescris l'usage deux fois par jour de la préparation suivante : décoction de noyer, 250 grammes, sulfate de zinc, 5 grammes.

25 *novembre*. — Deux jours après le début de ces injections, il s'est formé, dans les conduits auditifs des productions pseudo-membraneuses, épaisses, parcheminées et affectant parfois la forme tubulaire de ces canaux. Ces fausses membranes s'échappaient tous les deux ou trois jours avec l'eau des injections ; leur surface d'adhérence ne portait nulle trace de sang. Le jour de mon examen, il n'existe pas même de lambeau de cette nature et les tympans sont très-nets, sauf une légère injection à gauche, le long du manche du marteau. Quant à l'écoulement, il est complétement supprimé de ce même côté et est considérablement réduit du côté droit, là où il n'a pas existé de polype.

Je saisis cette occasion, pour apprécier les modifications survenues dans la faculté auditive de l'enfant. Les parents m'apprennent qu'ils ne trouvent plus de différence entre l'ouïe du petit malade et celle de ses frères et sœurs, et qu'il ne fait plus répéter les mots et les phrases comme autrefois. En outre, le tic-tac de la montre et les bruits les plus légers sont perçus à la distance normale.

On continuera les injections ; seulement on réduira de moitié la dose de sulfate de zinc. Sous cette seule influence, la production pseudo-membraneuse se supprima complétement et l'écoulement se réduisit de plus en plus ; il ne resta bientôt plus qu'une rougeur eczémateuse donnant parfois à la peau du conduit un certain dégré d'humidité. Dans la crainte que la continuation des injections, devenues inutiles, ne soit la cause de cette hypérémie cutanée, je fais cesser toute manœuvre de cette nature ; on se contentera de faire chaque jour des instillations d'huile d'amandes douces. Le résultat fut parfait, et quelques jours après la congestion et ses conséquences avaient disparu.

DE LA SYPHILIS SECONDAIRE DANS LE LARYNX

ET EN PARTICULIER DES PLAQUES MUQUEUSES LARYNGIENNES

(Critique du mémoire de MM. Krishaber et Mauriac)

Par le **Dr Isambert.**

La complète indépendance assurée à chacun de nos collaborateurs est le principe qui dirige notre rédaction. Nos

Annales sont une tribune libre où l'on n'impose à personne une sorte d'orthodoxie. Mais, de même que les opinions les plus divergentes peuvent s'y produire, et que tous les travaux consciencieux y ont droit de cité, de même la rédaction n'assume en aucune façon la responsabilité de ces opinions; elle n'en garantit pas l'exactitude, et chacun de nous conserve sa liberté d'apprécier et de critiquer au besoin les faits ou les doctrines contenues dans ces travaux.

Nous en donnerons aujourd'hui l'exemple en reprenant pour notre compte la question de la syphilis secondaire dans le larynx, et en relevant dans le mémoire publié l'an dernier par nos affectionnés collaborateurs et amis, MM. Krishaber et Mauriac (1), les points qui ne nous paraissent pas conformes à ce que nous a montré l'observation clinique poursuivie comme nous l'avons fait depuis plusieurs années sans aucune idée préconçue.

On sait où en est la question. Les premiers auteurs qui ont écrit sur les résultats de la laryngoscopie, ont admis sans conteste que la muqueuse laryngienne présentait, à la période secondaire de la syphilis, des manifestations identiques aux éruptions cutanées. Depuis Czermak et Türck, les pères de la laryngoscopie, depuis MM. Gerhard et Roth, Cusco et Dance, jusqu'aux articles publiés dans ces derniers temps, notamment dans celui que MM. Bœckel ont consacré au larynx dans le *Dictionnaire Jaccoud*, cette même idée se produit et ne paraît pas faire l'objet d'un doute, tant elle plaît tout d'abord et séduit les esprits.

Cependant, depuis cinq ans au moins, une réaction s'est produite chez quelques observateurs exercés au maniement du laryngoscope, et qui ont étudié la question sans parti pris; nos collègues, MM. Alf. Fournier, Simon Duplay, le Dr P. Ferras et nous-même, avons émis l'opinion que, si la syphilis secondaire donnait incontestablement lieu à des manifestations laryngées, ces manifestations étaient loin de reproduire les *caractères objectifs* des diverses syphilides

(1) *Des Laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis.* Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, nos de mars, mai, juillet et septembre 1875.

cutanées, et que le prétendu parallélisme des syphilides externes et internes était chimérique. M. Ferras, notamment, dans sa thèse inaugurale *sur la Laryngite syphilitique* (Paris, 1872, chez Delahaye) a soumis pas à pas à une critique attentive les faits relatés par Gerhard et Roth, et par M. Cusco et Dance, et fait justice de ce prétendu parallélisme : il a montré avec M. Fournier que la prétendue roséole, dite de Cusco, était un simple érythème sans caractères particuliers ; et, avec MM. Fournier, Duplay et nous-même, que la plaque muqueuse elle-même était une rareté ; peut-être a-t-il été un peu trop loin, niant d'une manière presque absolue l'existence de celle-ci.

C'est contre ces conclusions d'un esprit juvénile que MM. Krishaber et Mauriac ont voulu réagir dans le mémoire qui a paru l'an dernier dans nos *Annales ;* tout en passant condamnation sur la plupart des syphilides laryngiennes, admises par MM. Gerhard et Roth, Cusco, Dance et Rollet, etc., ils se sont surtout efforcés de réhabiliter la plaque muqueuse laryngienne.

Nos deux collaborateurs étaient certainement revêtus d'une autorité considérable, car l'un d'eux dirige depuis nombre d'années un grand service dans notre principal hôpital de vénériens, et l'autre possède, tant au point de vue de l'habileté laryngoscopique spéciale, qu'à celui de l'érudition complète en matière de pathologie laryngée une notoriété incontestée. Ils se sont donc livrés à de longues recherches sur le vaste champ d'observation de l'hôpital du Midi, pour vérifier si « la plaque muqueuse, cette lésion si spécifique, si propre à la syphilis, qui se développe sur tous les points de la surface cutanée, qui a une prédilection si marquée pour les muqueuses voisines de la peau, ferait défaut dans le larynx ; si la muqueuse laryngée posséderait une sorte d'immunité contre une pareille lésion. Non, répondent-ils, avec assurance, et en effet, dans 14 cas de laryngopathies syphilitiques secondaires, nous avons trouvé 10 fois des plaques muqueuses sur la muqueuse laryngée. » (Mém. cité, p. 58.) Une telle affirmation, ce chiffre d'observations, devraient résoudre la question sans appel. Comment se fait-il

que nous conservions nos doutes, et que nous nous croyions autorisés à faire ici les plus grandes restrictions ?

C'est que nos auteurs ont le plus souvent procédé par des raisonnements *à priori*, et par des assertions simples au lieu de s'appuyer sur des descriptions complètes et sur des caractères objectifs qui auraient entraîné la conviction. L'absence de ces caractères permet de révoquer en doute l'exactitude de leur interprétation, et de contester les chiffres de leur statistique. MM. Krishaber et Mauriac reprochent (Mém. cité, p. 265) à M. Ferras d'avoir dépassé les droits de la critique en révoquant en doute le témoignage de confrères autorisés. Comment ne voient-ils pas qu'ils s'exposent à voir retourner contre eux l'argument, et à s'entendre accuser d'abuser du raisonnement *in verba magistri*, lorsqu'ils opposent à des collègues compétents, exercés comme eux au maniement du laryngoscope et au diagnostic des éruptions vénériennes, des observations aussi incomplètes, aussi peu probantes que celles qu'ils mettent en avant ? Si l'on se borne à opposer des assertions contradictoires, émises avec une égale bonne foi, nous en sommes persuadé, mais manquant d'une démonstration rigoureuse, que deviendra le lecteur ? à quelle solution peut-on parvenir ?

Telle n'était pas la méthode à suivre, selon nous, et avant de discuter sur l'existence ou la non-existence de la plaque muqueuse laryngienne, il fallait commencer par définir celle-ci, et par bien tracer ses caractères. C'est ce que nos auteurs n'ont pas fait. Or, ne leur en déplaise, il n'est pas exact de représenter la plaque muqueuse (ainsi que dans les lignes citées plus haut) comme « une lésion *si spécifique*, qui se développe sur tous les points de la surface cutanée, et qui a une prédilection si marquée pour les muqueuses voisines de la peau. » En effet, la plaque muqueuse de la peau, que nous admettons pour notre part avec M. Bazin, mais qui est rejetée par M. Hardy, diffère notablement de la plaque muqueuse des orifices naturels, celle qui est le véritable type de l'espèce. Nous avons autre part (V. le *Progrès médical*, 1875, novembre, nº 41) montré comment ce type général tendait à perdre de ses caractères, à mesure que

l'on pénètre plus profondément dans les cavités naturelles.

La plaque muqueuse du voile du palais diffère déjà de celle des lèvres, ou des organes génitaux. Celle des amygdales perd encore plus son aspect caractéristique par son mélange avec les produits de sécrétion caséeuse ou pultacée de ces glandes, et par la rapidité avec laquelle elle tend à s'ulcérer. Au larynx même, elle aura sans doute perdu tellement son aspect typique qu'on peut se demander si elle y existe. Pour bien poser la question, il faut cependant admettre que la plaque muqueuse ne saurait être reconnue si elle ne garde un certain nombre de caractères spécifiques que nous allons chercher à préciser. Suffit-il de rencontrer sur la muqueuse laryngineuse une rougeur limitée, plus ou moins arrondie, plus ou moins éraillée ou ulcérée, et coïncidant avec une éruption syphilitique de la peau, ou de la muqueuse bucco-pharyngineuse pour la nommer plaque muqueuse du larynx ? Ce serait résoudre la question par la question, et c'est malheureusement ce que nous paraissent avoir fait, dans la grande majorité des cas, les partisans de la plaque muqueuse laryngienne. Pour nous, nous pensons qu'il faut réserver ce nom à une lésion présentant les caractères morphologiques fondamentaux de la plaque des muqueuses génitales et de la bouche, c'est-à-dire à des *plaques de forme irrégulièrement arrondie* ou *ovalaire*, faisant au-dessus des parties voisines *une saillie légère*, circonscrite par *un bord un peu plus saillant que le centre, qui est déprimé.*

De plus, cette surface est *légèrement plissée* ou *gaufrée ;* elle présente une *couleur grise opaline* et est entourée, quand elle est récente, d'une *zone inflammatoire* plus ou moins intense, *brunâtre* près du tégument externe et sur les semi-muqueuses, *carminée* sur les muqueuses internes. Quand elle s'ulcère, elle perd rapidement ces caractères, et pour qu'une ulcération soit reconnue pour une plaque muqueuse ulcérée, il faut que *le bord au moins* conserve *sa saillie*, son *aspect plissé* et sa *nuance opaline.*

Sont-ce là les caractères que nous retrouvons dans les observations de MM. Krishaber et Mauriac ? Ces auteurs ont négligé de nous tracer ce portrait d'ensemble, auquel ils au-

raient pu se référer, et dans le détail des observations, ils ont la plupart du temps négligé de nous indiquer ces caractères typiques qui devaient leur donner une valeur démonstrative. De plus, en examinant en détail chacune de leurs descriptions, et le tableau qui les résume, il est difficile de ne pas reconnaître que nos auteurs se sont fait quelque illusion sur la signification des faits qu'ils nous présentent. Il s'agit d'ulcérations, d'érosions, de pertes de substance, d'œdèmes ou de bourgeons charnus et rarement de plaques caractéristiques : si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ou qu'elles ont succédé à des plaques muqueuses, ce n'est bien souvent qu'à cause de la coïncidence de plaques muqueuses signalées dans d'autres régions. Aussi, au lieu de dix observations de plaques bien constatées sur la muqueuse laryngienne, on est étonné, en se livrant à ce travail de vérification, de voir que ce nombre se réduit à deux bonnes observations (*obs.* III et IV) et à deux autres (*obs.* VII et X), où l'on peut, malgré des descriptions imparfaites, admettre encore qu'il s'agit de plaques muqueuses ulcérées. Mais dans les six autres cas, les objections les plus sérieuses peuvent être faites aux auteurs que nous citons. Avant de passer outre, il nous faut justifier cette critique par l'analyse rapide de ces cas.

D'abord les observations VIII et IX (mémoire cité, *Annales de l'oreille et du larynx*, 1875) doivent être tout à fait rayées et ne peuvent entrer en ligne de compte dans une statistique sérieuse des plaques muqueuses.

Dans l'observation VIII, nous voyons mentionnées seulement « des *rugosités d'aspect ulcéreux* sur les deux cordes vocales inférieures et une *inflammation* des deux cordes vocales supérieures (*mém. cité*, p. 104, ligne 33). » Ce n'est pas là de la plaque muqueuse. Dans l'observation IX, nous trouvons « *une coloration marbrée* » avec épaississement des deux cordes vocales inférieures, et « perte de substance nettement accusée de 3 à 4 millimètres d'étendue, et à bords déchiquetés. » (*ibidem*, p. 107, l. 4 et 9.) Bien que les auteurs ajoutent plus loin (*ibidem*, p. 108, l. 37 et 38) que ces lésions « consistaient en une petite ulcération consécutive *sans doute*

à une plaque muqueuse », il est clair que la plaque muqueuse n'est ici qu'une hypothèse, que la coloration marbrée et l'épaississement ne constituent pas une plaque muqueuse, et que la perte de substance à bords déchiquetés en est encore moins une. Si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ce n'est évidemment qu'à cause de la coïncidence de plaques spécifiques qu'ils notent en dehors du larynx. Nous retrouverons souvent chez eux cette pétition de principe, et nous nous étonnerons de la facilité avec laquelle ils assimilent à la lésion si facile à définir des aspects morbides qui sont si peu définis. La forme arrondie, sans les caractères de saillie, de plissement et de nuance sur lesquels nous avons insisté, ne suffit pas pour affirmer qu'une ulcération vient d'une plaque muqueuse : car des ulcérations de nature très-différente, sur les muqueuses comme sur la peau, peuvent affecter cette forme, et de plus une ulcération syphilitique peut être arrondie quand elle provient d'une gomme, tout comme lorsqu'elle provient d'une plaque muqueuse. On peut dire même que lorsqu'il y a une perte de substance notable, il ne s'agit certainement plus d'une plaque muqueuse.

Or que trouvons-nous dans les descriptions généralement trop sommaires de nos auteurs? Dans l'observation I (*ibidem*, p. 60, l. 4-6) nous voyons « une *ulcération très-superficielle, ayant la forme d'une plaque muqueuse*, et produisant une perte de substance formant comme un petit pertuis entre les deux cordes vocales », puis plus loin (*ibid.*, p. 60, l. 29-31) une autre « échancrure entourée d'épithélium opaque gris nacré, et (p. 61, l. 1-3) trois petites pertes de substance, *qui proviennent de plaques muqueuses érodées.* » C'est là une assertion qui ne nous paraît pas suffisamment justifiée par la description qui précède. Aussi les auteurs croient-ils devoir s'excuser (*ibib.*, l. 25) de n'avoir pas pu « constater les caractères de la plaque muqueuse pendant sa période d'évolution ou d'hyperplasie formative. » Sont-ils en droit d'affirmer « qu'elle était alors en voie d'évolution ou de régression ulcéreuse? » « On voyait en outre autour d'elle, disent-ils (*ibid.*), sur les deux cordes vocales un épaississement hypertrophique produit par l'œdème dur ou plastique qui se voit si

fréquemment dans le tissu cellulaire sous l'influence de la syphilis. » Sans doute l'épaississement hypertrophique est fréquent dans le larynx, comme ailleurs, en cas de syphilis, mais c'est surtout aux périodes avancées, à l'état tertiaire, et le rebord plissé d'une plaque muqueuse n'est pas un œdème dur. Ici donc, ou bien la plaque muqueuse n'est pas démontrée, ou bien l'expression juste a manqué à nos auteurs, dont l'un est cependant connu pour un maître en l'art d'écrire. Les petites *traînées opalines*, sur le bord libre des cordes vocales ou l'épithélium gris nacré, dont il est question auparavant (p. 60, l. 27 et l. 32), ne nous semblent pas plus caractéristiques, du moment qu'on ne dit pas qu'elles formaient le bourrelet saillant de la prétendue plaque muqueuse, car ces apparences de nacre grisâtre, ou opalin, se trouvent dans certaines formes de laryngite catarrhale que nous comparons à l'aspect de dents dont l'émail s'altère, devient opaque et se fendille (*V.* le *Progrès*, 1875, p. 187).

Dans l'observation II les auteurs, tout en annonçant que les plaques muqueuses seront accusées avec plus de netteté, ce qu'on peut en effet demander sans être bien exigeant, ne nous décrivent (p. 62, l. 34-36) « qu'une *érosion très-superficielle*, *blanchâtre*, d'une *forme ovale allongée*, à bords légèrement *foncés*, » et plus loin (p. 63, l. 5) ils font simplement mention d'une autre plaque muqueuse, symétrique à la première, mais sans description plus explicite. Sans doute la forme ovale et les bords légèrement foncés sont quelque chose, mais cela ne suffit pas à nous démontrer la plaque muqueuse. « A quelle forme anatomique pourrait-on les rapporter ? » ajoutent les auteurs (p. 63, l. 23). Tout simplement à l'ulcération syphilitique simple, répondrons-nous, laquelle est loin d'être nécessairement consécutive à une plaque muqueuse.

Les observations III et IV sont, il est vrai, beaucoup plus satisfaisantes. Dans l'observation III, ce sont en effet des plaques ovalaires non ulcérées, déprimées à leur centre, à bord légèrement relevés, et avec une auréole d'épithélium épaissi et opalin (*ibid.*, p. 64, l. 30-34, et p. 65, l. 31-33). Bien qu'il y manque un caractère, la zone carminée périphérique si marquée sur les plaques muqueuses du

voile du palais, nous acceptons ces trois plaques pour typiques. Nous accepterons encore celles de l'observation IV, bien que les auteurs n'aient pas cru devoir répéter leur description, mais nous les croyons volontiers sur parole quand ils nous affirment qu'elles ressemblaient exactement à celles de l'observation précédente, et aux plaques muqueuses de l'isthme du gosier. Nous accepterons encore, dans l'observation VII, la *petite plaque muqueuse ovalaire de 1/2 centimètre de longueur, entourée d'une zone opaline* (*ibid.*, p. 102, l. 2-47), bien que la description ne soit pas complète, et qu'il y manque le bord relevé et l'auréole carminée. Dans l'observation X, au milieu d'une quantité de lésions dont la description est assez confuse, nous voyons des plaques muqueuses aux différents degrés d'ulcération, les unes très-superficielles, les autres suppurantes, entourées de bourgeons charnus; tout cela serait bien douteux pour nous comme plaques muqueuses, si les auteurs n'ajoutaient qu'elles sont accompagnées d'un épaississement opalin périphérique de l'épithélium, et d'un boursouflement de tout le bord libre de cet organe. » Ce caractère nous décide, bien que, dans notre pratique, des ulcérations déjà suppurantes et entourées de bourgeons charnus ne nous aient plus présenté le bourrelet caractéristique.

Quant aux observations V et VI, où les auteurs décrivent des *plaques muqueuses végétantes*, nous sommes obligés de les récuser. Comment voir une plaque muqueuse dans l'observation V, où nous trouvons seulement sur la corde vocale droite « une saillie en forme de pyramide, à base implantée sur le bord libre de la corde vocale, avec une pointe qui fait saillie dans la glotte ? » Les auteurs avouent du reste que cette prétendue plaque végétante peut bien n'être autre chose qu'une grosse papule. Nous sommes tout à fait de cet avis; des grosses papules de cette forme et de cet aspect se trouvent chez les phthisiques, et spécialement chez les sujets atteints à la fois de phthisie et de syphilis. Or le malade de cette observation V a été atteint d'un catarrhe laryngo-trachéal aigu, quoique sans fièvre, et d'ailleurs le *traitement hydrargyrique* n'a pas empêché la laryngopathie de se produire. On ne dit

pas si au moins ce traitement a amené la guérison. Le malade de l'observation VI est manifestement un phthisique, il a eu de la toux, des sueurs nocturnes, des hémoptysies (*ibid.*, p. 99, l. 13-15), et les lésions laryngées qu'il présente sont : une échancrure dentelée dans la portion ligamenteuse de la corde vocale droite, puis une plaque muqueuse ovalaire ulcérée (pourquoi ne pas dire simplement une ulcération ovalaire ?) et, entre ces deux lésions, « une saillie en éperon formée par un épaississement hyperplasique de la muqueuse. » — Les auteurs ont-ils le droit de dire (p. 100, l. 9): « Ainsi deux des plaques muqueuses avaient alors produit, l'une une ulcération avec perte de substance, l'autre une exulcération ovalaire » ? Qui prouve en effet que ces ulcérations aient succédé à des plaques muqueuses ? toujours la même pétition de principe. On attribue les ulcérations à des plaques muqueuses, parce que le malade est manifestement syphilitique. Mais on ne s'occupe pas de savoir s'il n'est pas en même temps phthisique, bien qu'il présente les signes rationnels de la phthisie ; aussi le traitement hydrargyrique paraît-il avoir été sans effet, et l'on ne nous dit pas ce que le malade est devenu. Or, nous avons vû et rapporté dans nos leçons (*V.* notamment *le Progrès,* 1875, novembre nº 41) des lésions absolument semblables à celles-ci, des plaques ulcérées ayant l'apparence de plaques muqueuses, et surtout de plaques muqueuses végétantes, chez des sujets atteints à la fois de phthisie et de syphilis.

Les soi-disant condylomes des obs. V, VI et VII (p. 102, l. 10-20) des auteurs que nous critiquons n'étaient certainement pas plus caractéristiques que les grosses papules ou bourgeons charnus que nous observions dans ces mêmes cas mixtes. De plus, le traitement hydrargyrique était absolument sans action. Mais, dira-t-on, les malades de MM. Krishaber et Mauriac ne sont sans doute pas des phthisiques. Peut-on croire que ces habiles cliniciens auraient laissé passer sans la mentionner une maladie aussi facile à constater ? Je répondrai qu'assurément une phthisie confirmée n'aurait pu échapper à des cliniciens aussi distingués ; mais, deux fois sur trois cas semblables dont j'ai pris

bonne note, la phthisie n'était pas manifeste au moment où je constatais les lésions laryngées; le poumon n'avait pas encore parlé; aucun signe stéthoscopique ou plessimétrique ne la révélait. Dans le troisième cas seulement, il y avait un peu de submatité sous une clavicule. Aussi me suis-je trompé deux fois, et ai-je admis d'abord la syphilis, mais bientôt l'insuccès du traitement spécifique et l'aggravation de l'état de mes malades vinrent m'avertir de mon erreur; quelques semaines après, les signes stéthoscopiques apparaissaient, quelques mois après la lésion pulmonaire était très-avancée; enfin, dans un délai qui a varié d'un an à quatre ans, deux de ces malades étaient morts, et le troisième, dont j'ai de temps en temps des nouvelles, ne vaut guère mieux. Je ne crois donc pas faire tort à mes confrères en supposant qu'ils ont pu commettre l'erreur que j'ai commise, surtout à l'hôpital du Midi, où le médecin, tout à l'étude des maladies vénériennes, peut oublier assez facilement les états thoraciques peu prononcés, et où les malades sont si vite perdus de vue que, dans les observations de nos confrères, on ne sait jamais en définitive ce qu'ils sont devenus.

En résumé, ce n'est pas dix cas de plaques muqueuses laryngiennes qu'ont recueillis MM. Krishaber et Mauriac: il y a seulement deux observations bonnes (III et IV), une assez bonne (VII). Dans les autres, on voit des ulcérations plutôt que des plaques muqueuses. Dans l'observation X, il n'est guère douteux pourtant qu'il ne s'agisse d'ulcérations ayant succédé à des plaques muqueuses véritables. Mais le fait est douteux dans les observations I et II. Dans les observations V et VI, les soi-disant plaques muqueuses végétantes sont des bourgeonnements qui ne paraissent avoir rien de commun avec la plaque muqueuse, et qui se produisent chez des sujets dont l'un au moins offre un cumul de phthisie et de syphilis. Quant aux observations VIII et IX, il faut les rejeter entièrement.

Comptons en tout 4 cas, sur plusieurs centaines de malades que ces médecins ont été à même d'observer à l'hôpital du Midi. Nous n'insisterons pas sur ce petit nombre, on pourrait nous répondre que d'autres cas ont été vus sans

que l'observation ait été prise. D'ailleurs, n'y eût-il qu'une observation bien authentique (et l'obs. III présente ce caractère), elle suffirait pour dire, comme les auteurs, que la plaque muqueuse (*ibid.*, p. 58, l. 16 et suiv.) ne fait pas défaut dans le larynx, et que la muqueuse laryngée ne possède pas d'immunité contre une pareille lésion.

Nous accordons cela, et nous n'avons jamais été aussi absolus que M. Ferras dans notre négation. Nous avons dit que la lésion, ou l'apparence morphologique, connue sous le nom de plaque muqueuse, si commune aux orifices externes, et jusqu'à l'isthme du gosier, était rare dans le larynx même. Cette rareté est démontrée par le travail de MM. Krishaber et Mauriac, même en acceptant le chiffre de 10 qu'ils ont cru trouver (non plus 10 sur 14 observations, choisies toutefois, mais 10 sur plusieurs centaines de syphilitiques).

Cette rareté, nous sommes disposés à nous en étonner comme eux et à en rechercher les raisons. Il peut y avoir des raisons histologiques : la muqueuse du larynx n'est pas celle de la bouche ni des parties génitales externes. Nous avons déjà vu la plaque muqueuse du voile du palais présenter une saillie moindre et une auréole de nuance autre que celle des parties externes. D'autres conditions physiques entourent d'ailleurs ces manifestations morbides. Plus on pénètre dans les cavités naturelles, plus la température devient constante, plus aussi devient efficace cette humidité continuelle de l'air expiré des poumons, qui met les lésions laryngiennes dans une situation analogue à celle où elles seraient sous l'action d'un bain de vapeur indéfini. Ces conditions physiques expliquent aussi ce fait, qui ressort du travail de nos confrères : c'est que la plaque muqueuse, en acceptant toutes leurs données, n'est dans le larynx qu'une lésion de courte durée, remplacée très-vite par des ulcérations.

Nous ajouterons pour notre compte, et c'est en cela que notre opinion s'écarte surtout de celle de nos confrères, qu'en tant qu'apparence morphologique, la plaque muqueuse laryngienne n'a pas de valeur séméiologique absolue, permettant d'affirmer la syphilis, et de plus qu'elle n'est pas

exclusivement propre à la période secondaire de cette affection. C'est ce qu'il faut établir par quelques faits.

Nous disons que la plaque muqueuse, en tant qu'apparence morphologique, n'est pas un caractère particulier à la syphilis, et en effet on rencontre le même caractère séméiologique dans certaines formes de phthisie laryngée. Nous faisions allusion plus haut à quelques erreurs de diagnostic auxquelles nous nous étions laissé entraîner, il n'y a guère plus de deux ans, à une époque où notre attention était depuis longtemps attirée sur la tuberculose miliaire de la gorge, du larynx et de la langue, et à quelques observations que nous en avions données dans nos cliniques et où il s'agissait surtout de cas mixtes de tuberculose et de syphilis. Nous sommes revenus récemment sur cette analogie de forme en étudiant, dans notre dernier numéro (*Annales*, juillet 1876, p. 171-173), les érosions tuberculeuses du larynx proprement dit, sur ses différentes parties constituantes, épiglotte, bandes ventriculaires, éminences aryténoïdes et cordes vocales proprement dites, et nous nous attachions à chercher les caractères différentiels de ces érosions et des plaques syphilitiques, tout en avouant que dans bien des cas l'examen des parties nous laissait dans l'incertitude. L'examen général du malade, l'évolution ultérieure de ces érosions, et surtout l'action favorable ou nuisible du traitement spécifique iodo-hydrargyré nous permettaient surtout de nous prononcer, et encore fallait-il souvent attendre pour cela plusieurs semaines. Sur l'épiglotte, où les lésions sont très-visibles, où l'on peut étudier assez bien ce travail de caséification et d'énucléation des granulations tuberculeuses sur lequel nous avons insisté récemment, l'incertitude ne durerait pas bien longtemps. Mais aux cordes vocales vraies, à leur bord libre et à leur face trachéale, l'analogie est telle que le diagnostic nous semble impossible autrement que par les commémoratifs ou la pierre de touche du traitement. Encore, s'il y a cumul de diathèses, phthisie et syphilis réunies, les commémoratifs nous laissent dans l'incertitude, et le traitement lui-même a si peu de prise sur la lésion laryngée, qu'on la verrait en quelque sorte s'éterniser, si l'action nocive du mercure ne

se révélait par le progrès de la phthisie pulmonaire. Eh bien! je le répète, c'est dans ces cas que j'ai vu les apparences les plus trompeuses de plaques muqueuses, les lésions qui présentaient le mieux l'ensemble des caractères que nous assignions plus haut aux plaques syphilitiques (sauf l'auréole carminée), et c'étaient cependant des produits tuberculeux, comme la suite de la maladie ne le démontrait que trop.

Nous disons en second lieu que, si l'identité morphologique ou anatomo-pathologique est trop difficile à établir pour faire de la plaque muqueuse un caractère séméiologique spécifique de la syphilis, il l'est encore plus peut-être de préciser la question de coïncidence ou de parallélisme avec les autres manifestations syphilitiques, de manière à attribuer la plaque muqueuse à une période fixe, la période secondaire. Le travail même de MM. Krishaber et Mauriac prouve que cette précision de rapport n'existe pas. Ils le reconnaissent enx-mêmes implicitement (p. 266), d'abord à cause de la rareté des faits qu'ils ont pu recueillir, comparée à l'immense fréquence de la plaque muqueuse extérieure; ensuite parce que, même dans les observations qu'ils ont rapportées (en les admettant toutes les dix pour exactes), la coïncidence des plaques laryngiennes avec des plaques muqueuses dans d'autres régions manque dans quatre cas sur dix. Lorsque les plaques muqueuses apparaissent sur les cordes vocales, elles ont, dans ces cas, cessé d'exister autre part, ou n'ont jamais existé. Ainsi, comme M. Lasègue l'avait observé pour le pharynx, il y a des cas où l'éruption interne existe sans éruption cutanée, et des cas (beaucoup plus nombreux selon nous) où l'éruption cutanée existe sans éruption externe. Quant à l'époque où se montrent ces plaques muqueuses, quant à la relation qui existerait entre leur apparition et l'âge de la syphilis, il est certain, en syphilographie générale, que la plaque muqueuse spécifique est un accident secondaire. Le tableau de MM. Krishaber et Mauriac confirmerait pour le larynx cette donnée générale, puisque dans les faits cités par ces auteurs les plaques auraient paru dans un laps de temps compris

entre deux mois et onze mois. Bien que nous n'ayons pas encore de statistique complète à opposer à ces observations, nous pouvons déjà dire cependant que, dans certain nombre de faits qui nous sont personnels, la présence de ces plaques s'est étendue beaucoup plus loin, c'est-à-dire à une distance de trois à cinq ans du premier accident syphilitique. Il est vrai que ces plaques s'observent dans des cas mixtes, chez des sujets à la fois syphilitiques et phthisiques; nous ne pourrions affirmer qu'elles n'avaient pas débuté plus tôt, mais enfin elles se perpétuaient sous l'influence des deux maladies chroniques combinées. Nous prévoyons la réponse que l'on va nous faire : c'est qu'il ne s'agissait pas de plaques spécifiques véritables. Soit, mais comme nous avons montré plus haut qu'il n'existe aucun caractère différentiel absolu entre la plaque spécifique et la plaque non spécifique, on ne peut tirer de l'aspect seul d'une de ces plaques la notion de syphilis secondaire, pas plus que celle de syphilis certaine. C'est dans l'ensemble des symptômes, dans les commémoratifs comparés qu'on doit puiser les éléments de son diagnostic; et il faut s'être trouvé en face de ces cas mixtes où un malade déjà phthisique s'accuse d'une syphilis antérieure, pour connaître l'embarras que l'on éprouve à faire la part de ce qui peut revenir à chacun de ces causes morbides, et à formuler un traitement rationel. Au bout de quatre ans, on ne peut plus guère admettre de syphilis secondaire; et plus le temps s'avance, plus la probabilité de la tuberculose sera grande.

Nous venons de traiter assez longuement de la plaque muqueuse; c'est que cette lésion formait le point capital du mémoire de nos confrères, et celui sur lequel nous étions en désaccord : d'ailleurs le doute élevé sur l'existence de cette lésion, autrefois si facilement admise, était bien propre à nous montrer combien se trouve en défaut l'idée préconçue qu'on s'était faite du parallélisme et de l'identité des lésions cutanées et des lésions laryngées. Or, c'est là pour nous la question principale, celle qui domine de beaucoup le cas particulier de la plaque muqueuse, et celle sur laquelle, sauf cette divergence de détail, nous sommes heureux de

nous retrouver d'accord avec MM. Krishaber et Mauriac. Nos auteurs reconnaissent en effet volontiers que M. Ferras a eu raison en thèse générale, et que le parallélisme n'existe pas. Dans toute la seconde partie de leur travail, intitulée : *laryngopathies sans plaques muqueuses*, nous ne voyons pas paraître une fois ce cortége de syphilides mentionnées dans les écrits de MM. Cusco et Dance, Gerhard et Roth, et de M. Rollet, qui décrivaient des rupia, des psoriasis, des syphilides squammeuses, papuleuses, papulo-pustuleuses et papulo-tuberculeuses, dont M. Fournier avait fait justice dans son livre. Que trouvons-nous sur la muqueuse laryngienne dans les faits de MM. Krishaber et Mauriac ? de la rougeur plus ou moins sombre, plus ou moins partielle ; des arborisations vasculaires, de la tuméfaction générale ou partielle ; des aspects de papules, de verrues, que l'on appellera si l'on veut condylomes, végétations : voilà tout ce qu'on trouve dans les premières phases de la syphilis. C'est ce que nous avons toujours trouvé nous-mêmes : la syphilis secondaire du larynx se traduit par des phénomènes de congestion, de tuméfaction, d'inflammation partielle, mais il n'y a pas de forme morbide définie comparable aux syphilides cutanées.

Quant aux lésions plus graves, elles appartiennent en général à la syphilis tertiaire : le travail de nos confrères nous a montré toutefois que l'*ulcération* pouvait se montrer dès les premières phases, et ces observations, que nous combattions en tant que prouvant l'existence de la plaque muqueuse, démontrent manifestement ce fait de l'ulcération dans la période secondaire. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir dans quelque temps sur cette question des ulcérations et des lésions graves de la syphilis laryngée ; notre impression générale, tous les faits que nous avons montrés dans nos cliniques nous ont porté à croire qu'il n'y a de lésions réellement graves (ulcérations destructives, œdèmes menaçants, rétrécissements) que dans les syphilis anciennes, invétérées ou dans celles qui se combinent avec la scrofule. Ce sera là un sujet d'études ultérieures.

Ajoutons que, pour la symptomatologie générale de tout

ce qui forme la quatrième partie du mémoire de MM. Krishaber et Mauriac, nous sommes en général d'accord et que nous aurions à peine à relever quelques divergences de détail. Nos auteurs ont critiqué avec quelque sévérité la partie du travail de M. Ferras relative aux troubles de la phonation, et lui ont reproché d'avoir établi des divisions nettement tranchées entre les altérations du timbre, du diapason, de la souplesse et de l'intensité, divisions qui ne répondent pas à la réalité. Nous sommes ici de leur avis, et notre jeune confrère et ami, après avoir fait une critique si serrée et si judicieuse du parallélisme des syphilides, s'était lui-même un peu trop laissé emporter par son imagination juvénile à des divisions de fantaisie. Ces divisions toutefois étaient moins absolues qu'on ne le pense; ainsi, à la p. 50 des *laryngites syphilitiques*, M. Ferras écrivait : « Dans la laryngite syphilitique non ulcéreuse, au point de vue de la phonation, le timbre n'est pas seul modifié, mais *aussi* le diapason, la souplesse, l'intensité. » Ce passage répondait à une opinion généralement émise avant 1872, que dans la laryngite syphilitique le timbre seul de la voix était altéré. M. Ferras s'élevait aussi (*ibid.*, p. 35) contre les hypothèses qui rattachaient l'aphonie aux périodes précises de la syphilis primaire et secondaire des régions externes, et demandait des faits au lieu de théorie. Il n'en est pas moins vrai que M. Ferras avait voulu un peu trop préciser les variations de la phonation, sur lesquelles nous savons en vérité trop peu de chose et qui en définitive appartiennent à toutes les laryngites aussi bien qu'à la syphilis. C'est l'argument final que lui ont opposé MM. Krishaber et Mauriac, et nous croyons qu'il est juste.

Il est temps de terminer ici cet article, mais les questions que nous venons d'effleurer en dernier lieu auront plus d'une occasion de revenir sous notre plume.

ANALYSES.

Compte rendu annuel des travaux publiés sur les maladies des voies respiratoires,

1874-1875, Londres, 1 vol. de 353 pages, chez Smith Edler et Comp.

M. le Dr Dobell a publié sous ce titre, avec la collaboration des docteurs Adolphe Wahltuch et Shingleton Smith, un volume où sont analysés tous les travaux qui ont été publiés en Europe et en Amérique. Nous résumons en quelques lignes ceux qui intéressent plus particulièrement notre publication :

M. le docteur Massei a extirpé *un papillome multiple* situé sur la corde vocale droite et sur la commissure antérieure du larynx ; comme il y avait beaucoup d'irritation dans la gorge, il eut recours à l'anesthésie préliminaire avant l'opération, au moyen de badigeonnages alternativement, chaque demi-heure, avec le chloroforme pur et une solution de morphine et en répétant ces applications quatre fois. (*London, Med. Rec.*, mai 1875.)

Polype laryngé expulsé pendant un accès de toux. — M. Arthur W. Robson lu devant la Société médico-chirurgicale de Leeds, l'observation dont voici l'abrégé :

La malade était enrouée depuis treize ans, mais sa respiration ne devint gênée qu'un an avant la demande de consultation ; elle fut prise d'une hémorrhagie peu intense, venant de la gorge, qui dura dix heures, et au bout de ce temps elle se mit à tousser et expulsa un morceau solide ; trois jours après elle parlait clairement, respirait librement, et son larynx paraissait tout à fait net à l'examen laryngoscopique. La tumeur expectorée était oblongue, longue de six lignes, large de trois et épaisse de deux. Examinée au microscope, elle présentait tous les caractères d'un sarcome médullaire (*myeloide sarcoma*). (*British Med. Journ.*, 1875.)

Sur les fonctions de la luette. — Pour le docteur Dobell, la luette remplit une fonction qu'on n'a pas encore signalée :

c'est de conduire les sécrétions des arrière-narines à l'épiglotte, d'où elles sont attirées dans la gorge par le mouvement de déglutition, la luette les empêche donc de tomber directement dans le larynx.

Des excroissances du larynx. — M. Lennox Browne, dans une communication lue devant la Société médicale de Londres, sur le traitement des productions bénignes du larynx, a émis les propositions suivantes :

1º Les tentatives d'ablation des excroissances du larynx ne sont pas aussi innocentes qu'on le croit généralement ;

2º Les symptômes occasionnés par les tumeurs bénignes du larynx ne sont pas assez graves pour nécessiter l'intervention d'instruments ;

3º Beaucoup de ces productions disparaissent, ou sont réduites par un traitement local et général approprié, surtout quand elles sont récentes ;

4º La récidive des tumeurs laryngées après leur ablation par les voies naturelles est plus fréquente qu'on ne suppose ;

5º La transformation de tumeurs bénignes en malignes, ou même cancéreuses, est assez fréquente à la suite des tentatives d'extraction ;

6º Les instruments le plus souvent employés maintenant sont beaucoup plus dangereux que ceux dont on se servait autrefois, ils déterminent de la périchondrite en lésant des parties saines ;

7º Comme pour les opérations extra-laryngées, il faut réserver les opérations intra-laryngées dans les cas où il y a danger de suffocation et de gêne dans la déglutition. (*British Med. Journ.*, mai 1875.)

De l'obturation des conduits auditifs par l'ouate comme moyen prophylactique du coryza et de l'angine. — Les connexions nerveuses qui existent entre la gorge et les conduits auditifs, jointes à ce fait qu'on s'enrhume plus par un courant d'air de côté, et que les enfants strumeux sujets au rhume souffrent souvent d'écoulements d'oreilles, semblent prouver en faveur de l'utilité de cette pratique, qu'un correspondant du *Practitionner* a trouvée si efficace, que pendant sept ans il a pu éviter les rhumes de cerveau, auxquels il

était très-sujet auparavant. (*London Med. Rec.*, février 1875.)

Du catarrhe nasal. — Le docteur Mann insiste sur la nécessité d'un traitement général et local ; à cet effet, il recommande l'emploi du fer, du quinquina et de l'iode, s'il y a de la scrofule sous jeu. Comme traitement local, l'auteur conseille des injections avec une solution chaude de chlorure de sodium dans l'eau, suivie d'un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent dans la glycérine (1 gramme de nitrate pour 30 grammes de glycérine), ensuite des inhalations de vapeur d'iode au moyen d'un appareil en caoutchouc durci contenant une éponge imbibée de teinture d'iode : cet appareil est pourvu de deux tubes de caoutchouc, l'un en communication avec la narine, l'autre avec une poire de caoutchouc dont la pression fait pénétrer la vapeur d'iode dans les fosses nasales ; cette opération doit durer un quart d'heure et être faite tous les deux jours. L'auteur fait aussi priser une poudre composée de sucre blanc pulvérisé et de camphre en poudre, et se loue beaucoup de ce dernier moyen ; il se sert aussi avec avantage d'injections et de pulvérisations avec des solutions de sulfate de zinc et de cuivre (2 gram. pour 30 d'eau), il emploie une solution d'iodure de potassium dans les cas d'ulcérations. (*Lond. Med. Rec.*, avril 1875.)

Dr Tillot.

Un cas unique de prolapsus des deux ventricules du larynx. — Excision de ces ventricules par la thyrotomie. — Guérison,

par le Dr George M. Lofferts. — New-York, 1876.

L'auteur appuie sur ce fait, que le cas dont il donne la relation est un cas unique dans les annales de la laryngoscopie. Il y a bien dans la science, dit-il, deux cas de prolapsus des ventricules du larynx ; mais, outre qu'on ne les a reconnus qu'à l'autopsie, on a tout lieu de croire que le prolapsus n'existait pas pendant la vie et ne s'est produit qu'au moment de l'agonie. C'est de plus la première fois

qu'on a recours à une opération ayant pour but d'enlever les deux ventricules du larynx.

Voici l'histoire du malade :

Il y a deux ans il perdit subitement tout usage de la voix; un soir il alla se coucher avec une voix parfaitement normale, le lendemain il se réveilla complétement aphone. On ne peut trouver aucune raison de cette attaque subite, pas de violence extérieure, pas d'effort de voix extraordinaire. Sa voix jusque-là avait été bonne, parfois un peu rauque ; il présentait d'ailleurs les symptômes ordinaires d'un catarrhe pharyngo-laryngien, amené sans doute par sa profession qui l'exposait toujours à l'air. Au bout de trois semaines le malade commençait à parler, mais sa voix était basse, rauque, éteinte, et elle est restée telle depuis. — Pendant cette première attaque d'aphonie la respiration n'a été que légèrement gênée ; mais une année plus tard elle s'embarrassa davantage, devint striduleuse ; mais jamais il n'y a eu de paroxysmes de dyspnée ou de spasme laryngien ; la seule douleur dont se plaignît le malade était un sentiment d'obstruction dans le larynx et au-dessus de l'organe, qui était augmenté surtout par les efforts prolongés de phonation. Vers cette même époque, environ une année à dater du début, on vit apparaître au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum une petite tumeur arrondie et dure. Deux mois plus tard, cette tumeur se ramollit et s'ouvrit, laissant à sa place une plaie à bords rugueux qui donnait issue à un pus mal lié et qui mit deux mois à guérir. Jamais il ne s'était montré de tumeur semblable ailleurs sur le corps du malade, et l'on ne peut que supposer le caractère syphilitique de cette tumeur. Bientôt après la cicatrisation de cette plaie, il se produisit une petite excroissance au-dessus du côté gauche et vers la partie moyenne du cartilage thyroïde : elle était indolore, très-mobile, et augmentait graduellement de volume. Il s'en montra bientôt une seconde immédiatement au-dessous de la précédente, avec laquelle elle se confondit bientôt à mesure qu'elle augmenta de volume. Les tissus qui recouvraient cette masse ont fini par y adhérer et la peau à ce niveau est douloureuse, rouge et un peu œdémateuse.

A l'examen direct voici ce qu'on trouve :

A l'inspection on constate que la partie gauche du cartilage thyroïde est recouverte par une tumeur bosselée, dure, de la dimension d'un œuf de poule ; cette tumeur adhère fortement en haut et en arrière à la membrane thyro-hyoïdienne ; il est impossible de constater par le toucher jusqu'à quelle profondeur se fait l'implantation de la tumeur. La respiration est difficile, stridulente ; l'inspiration et l'expiration sont également affectées ; la pression sur le larynx ou une fatigue vocale augmentent la dyspnée ; la déglutition est complétement intacte. La voix est entièrement perdue, elle est remplacée par un souffle dur qu'on a peine à comprendre.

A l'examen laryngoscopique, au bout d'un certain temps d'entraînement, on constate que l'ouverture normale de l'organe est diminuée de moitié par la présence d'une tumeur dure, ovoïde, rouge, tendue et recouverte d'une muqueuse brillante. Cette tumeur émerge de la paroi gauche immédiatement au-dessous de la fausse corde vocale (supérieure) et occupe complétement l'orifice du ventricule. La corde vocale correspondante est sous-jacente à la tumeur et à peine reconnaissable ; on n'en voit qu'une toute petite partie en arrière et en dedans, et encore dans les mouvements de phonation seulement. Cette tumeur s'étend depuis la commissure antérieure du larynx jusque près de la commissure postérieure. Sa surface est arrondie en haut, aplatie du côté du ventricule. Pendant la phonation elle est immobile et les mouvements respiratoires ne lui impriment aucun déplacement.

De l'autre côté du larynx on constate l'existence d'un premier repli de membrane muqueuse large et aplati en dehors, effilé à son extrémité interne. Ce repli est couché sur la face supérieure de la corde vocale et dépasse son bord libre jusqu'à venir en contact avec la tumeur du côté opposé. — Son insertion se fait immédiatement au-dessous de la fausse corde vocale et il remplit l'orifice ventriculaire.

Dans les mouvements de la corde vocale droite vers la ligne médiane au moment de la phonation, ce repli se déroule en dehors et finit par disparaître complétement dans le ven-

tricule quand la corde vocale est bien tendue. L'orifice ventriculaire est alors visible et semble agrandi. Quand la corde vocale se relâche la tumeur reparaît, et ainsi de suite; l'on peut répéter indéfiniment cette démonstration.

Il faut ajouter que la muqueuse du larynx présente dans son ensemble l'aspect caractéristique d'une inflammation catarrhale chronique; les éminences aryténoïdiennes surtout sont congestionnées.

Le repli aryténo-épiglottique gauche est le siége d'un léger œdème.

L'auteur fait remarquer que le diagnostic ne laissait pas que de présenter quelques difficultés, surtout en ce qui concernait la grosse tumeur ovoïde à gauche; quant à celle de droite un examen sérieux ne laissait plus de place au doute. On a trouvé et décrit dans les ventricules des kystes prenant naissance dans les parois mêmes, — des papillomes, — des corps fibreux ou fibro-cellulaires, — des polypes muqueux, — des cancers, des hydatides. — Les dimensions de la tumeur et son apparence générale éliminaient les kystes et les papillomes. L'absence de pédicule, sa forme et sa couleur la distinguaient d'un corps fibreux. Enfin la production cancéreuse est d'un diagnostic plus difficile. A son début elle n'offre rien de caractéristique, la tuméfaction glandulaire profonde qui l'accompagne ordinairement se rencontrait également dans ce cas; aussi l'auteur doit-il avoir été conduit à admettre la nature cancéreuse de cette tumeur dure, immobile du côté gauche, « quoique, ajoute-t-il, j'aie admis aussi l'hypothèse d'un prolapsus du ventricule. »

Croyant donc avoir affaire à une tumeur de nature probablement maligne, l'auteur fit choix de la méthode opératoire extra-laryngée. Il y avait plusieurs raisons en faveur de ce procédé : la grande sensibilité du larynx et le spasme consécutif s'opposaient à l'introduction d'instruments dans l'intérieur de l'organe; — l'extirpation complète de la tumeur par la bouche n'était pas possible à cause de son implantation; — enfin la complication résultant de la chute du ventricule du côté opposé était encore une indication du mode opératoire extra-laryngien. De plus la thyrotomie permettait d'enlever

la tumeur par une incision nette qui mettait l'organe à l'abri de bien des complications. L'opération fut donc faite le 7 avril 1875 par l'auteur, aidé par son collègue le Dr R. F. Weir. Afin de permettre l'enlèvement de la tumeur externe qui recouvrait le côté gauche du cartilage thyroïde, on fit une incision en T sur la ligne médiane du cou, et on mit à nu la tumeur. Elle était dure, bosselée et présentait des adhérences intimes au niveau de sa base et de ses bords supérieurs ; ces adhérences s'étendaient non-seulement jusqu'au bord supérieur gauche du cartilage thyroïde, mais aussi au delà de la ligne médiane vers la droite. Son bord externe était libre et recouvert par le bord interne du sterno-cleido-mastoïdien. En enlevant la tumeur on constatait qu'il n'y avait aucun lien entre ces deux excroissances, dont l'une était intra, l'autre extra-laryngienne. L'examen microscopique que l'on fit plus tard montra, dans la masse qu'on avait enlevée, du tissu conjonctif, des fibres musculaires striées, et des cellules arrondies ou fusiformes présentant des granulations et quelquefois des noyaux ; enfin du tissu adipeux et des vaisseaux. Il n'y avait aucune trace de structure épithéliale. Il était impossible de dire si cette tumeur avait pris origine dans un ganglion lymphatique. Dans la seconde partie de l'opération on pratiqua la trachéotomie en incisant de bas en haut depuis le quatrième cerceau cartilagineux jusqu'au cricoïde, et on introduisit la canule. — Quand la respiration fut rétablie, on incisa les parties molles au-devant de l'angle du cartilage thyroïde, puis on entama le cartilage sur la ligne médiane avec un petit bistouri pointu, en allant de haut en bas, et en évitant de toucher à la membrane muqueuse pour ne pas produire des accès de toux. Le cartilage ne fut difficile à couper qu'à sa partie inférieure, où il y avait quelques points d'ossification. — L'incision de la muqueuse présenta ensuite quelques difficultés, mais on arriva enfin dans la cavité du larynx. C'est alors que le sang fourni en grande quantité par le plexus veineux et rejeté par régurgitation embarrassa l'opérateur. On administra une nouvelle dose d'éther au malade ; puis saisissant la tumeur du côté gauche on l'attira au dehors et on l'enleva avec des ciseaux courbes par une incision pa-

rallèle au ventricule du larynx, puis on cautérisa la plaie. On fit de même de l'autre côté. Le Dr Mans, à qui fut confié l'examen microscopique des tumeurs, répondit que celle de droite était constituée par du tissu conjonctif lâche, enveloppé d'une membrane muqueuse. Le tissu était légèrement infiltré de petites cellules rondes, remarquables surtout aux environs des vaisseaux. Enfin à la base de la tumeur se rencontraient quelques fibres musculaires striées. Les vaisseaux nombreux et dilatés étaient remplis de globules rouges. Les cellules épithéliales de la muqueuse n'étaient pas le siége d'une prolifération. La tumeur qu'on avait enlevée du côté opposé présentait le même aspect, seulement les cellules arrondies étaient beaucoup plus nombreuses. Le siége et l'aspect de ces tumeurs donnaient donc raison au diagnostic : *prolapsus des ventricules du larynx;* la cause première se trouvant être un état inflammatoire chronique de la muqueuse accompagné d'épaississement et de gonflement.

Pour terminer l'opération on réunit les bords du cartilage par trois points de suture. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier, si ce n'est une petite pneumonie qui se montra au bout de trois jours. Au bout de quatorze jours on retira la canule et on ferma la plaie avec des bandes de sparadrap. Le malade se retire le 4 mai, vingt-sept jours après l'opération.

L'auteur fait remarquer en terminant que son opération peut servir à prouver l'avantage qu'il y a à ne pas attendre la période asphyxique pour faire la thyrotomie. En ce qui concerne l'opération en elle-même, il laisse au lecteur le droit d'apprécier s'il a eu tort ou raison de préférer la méthode extra-laryngée. Enfin il résume les résultats qu'il a obtenus en suivant la division de Mackensie :

1° Il y a eu grand avantage au point de vue de la vie du malade.

2° Les fonctions respiratoires ont été ramenées à leur état normal.

3° La voix sans être tout à fait normale est *pleine* et *forte;* elle n'est peut-être pas non plus tout à fait claire, mais depuis plusieurs mois que le docteur Lefferts observe son

malade, il a constaté un progrès journalier. D'ailleurs, puisque les ventricules du larynx auraient d'après certains auteurs une action sur la voix (opinion que ne partage pas le Dr Lefferts), la disphonie passagère remarquée dans le cas présent peut être due à l'extirpation de ces ventricules.

Deux autres causes encore ont pu mettre obstacle au rétablissement complet de la voix : la mobilité moins grande des cordes vocales ; — un certain état de sécheresse par sécrétion insuffisante du mucus.

Une quatrième et dernière question est relative à la possibilité d'une récidive ; ici la nature des tumeurs donne nécessairement une réponse négative.

Aigre.

La fonction de la membrane de la fenêtre ronde (membrane tympanique secondaire),

par le Dr Weber Liel, *Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaft*, 1876, no 2.

Les expériences de Burnett ont démontré que les ondes sonores qui arrivent par le conduit auditif externe sont transmises par les osselets au liquide labyrinthique, et de là à la membrane de la fenêtre ronde, à laquelle elles impriment des oscillations. Cette membrane est-elle aussi mise directement en mouvement par des ondes sonores venant la frapper de dehors en dedans? les opinions des physiologistes sont partagées à cet égard.

Pour résoudre le problème, Weber a fait des expériences sur 9 préparations fraîches dont 7 prises sur des cadavres d'hommes, 1 sur un veau, 1 sur un cheval.....

Le plancher de la caisse et une partie des cellules mastoïdiennes furent enlevés pour rendre la fenêtre ronde parfaitement visible. La voix humaine et les sons d'un orgue furent alternativement employés pour produire les vibrations ; à chaque production de son, l'auteur observa au moyen du microscope des mouvements des grains d'amidon dont la membrane était légèrement saupoudrée ou des déplacements de petits reflexes lumineux. Ces phénomènes avaient déjà été constatés par Burnett.

NOUVELLES EXPÉRIENCES.

1° Après avoir séparé l'enclume de l'étrier et l'avoir un peu déplacée, Weber Liel referma les parties ouvertes de la caisse au moyen d'un petit tube en verre; la trompe resta entr'ouverte. Dans ces conditions, les oscillations de la membrane moins étendues ne furent plus visibles que sur certaines parties; elles cessèrent de se produire aussitôt que la caisse fut rouverte.

Sur deux préparations seulement l'expérimentateur a pu observer un mouvement à peine perceptible à la tête et aux branches de l'étrier.

2° En comprimant ou en dilatant légèrement l'air par la trompe d'Eustache, la caisse étant hermétiquement fermée et l'enclume séparée de l'étrier, Weber Liel n'observa aucun changement ni dans la direction, ni dans l'étendue des oscillations. En condensant fortement l'air, il constata un arrêt des oscillations plutôt par les sons élevés que par les sons bas.

3° Pour empêcher toute transmission d'ondes sonores sur la membrane tympanique secondaire par l'intermédiaire de la fenêtre ovale, le labyrinthe fut ouvert et le vestibule mis à nu à sa partie postérieure. Dès lors la membrane ne subit plus d'oscillations, sans doute à cause de l'écoulement du liquide labyrinthique.

Les oscillations reparurent aussitôt qu'on exerça une pression sur la face labyrinthique de la membrane, ce qui fut fait en remplissant d'eau un petit tube en verre introduit dans la rampe tympanique du limaçon (la caisse était fermée).

4° En fixant au rocher avec du mastic un petit tube en verre et y faisant parvenir des sons au moyen d'un tube en caoutchouc (le labyrinthe étant intact), Weber Liel n'observa aucune oscillation, que la caisse fût ouverte ou fermée.

Conclusion. La membrane de la fenêtre ronde est mise directement en mouvement par les ondes sonores qui arrivent de la membrane du tympan dans la caisse.

D[r] Levi.

Note sur le traitement du catarrhe purulent chronique de l'oreille moyenne,

par le docteur POLITZER, *Arch. für Ohrenheilkunde*, t. XI, f. I, p. 40.

L'auteur considère le nitrate d'argent en solution concentrée, comme un des moyens les plus efficaces de traitement du catharre purulent chronique de l'oreille moyenne; il reconnaît à Schwartze le mérite, non pas d'avoir inventé la méthode caustique (car bien avant lui on avait fait dans l'oreille des badigeonnages avec le nitrate d'argent), mais d'avoir vulgarisé cette méthode. Depuis la publication du mémoire de Schwartze (*Archiv für Ohrenheilkunde*, t. IV, juin 1868), Politzer a employé un grand nombre de fois les instillations de nitrate d'argent, mais l'expérience lui a démontré que la solution recommandée par le professeur de Halle n'est pas suffisamment concentrée, et qu'on obtient des résultats bien plus satisfaisants avec une solution au 10e ou au 8e.

Les précautions à prendre avant l'emploi de cette médication sont les suivantes : 1° chasser de la caisse le pus qui s'y est amassé en faisant passer un courant d'air par la trompe d'Eustache ; 2° faire dans le conduit auditif plusieurs injections d'eau tiède et le sécher au moyen d'un petit tampon de coton. Si l'on négligeait ces soins préliminaires, le nitrate d'argent serait neutralisé par les produits de sécrétion, et n'aurait aucune action sur la muqueuse.

Pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans la caisse, Politzer fait incliner la tête du malade du côté opposé à celui sur lequel on opère et verse dans le conduit auditif, au moyen d'une cuiller en corne ou en os, dix à quinze gouttes de la solution. S'il y a une large perforation, le liquide arrive facilement en contact avec la muqueuse de la caisse; mais si la perforation est petite, il est nécessaire de fermer le conduit auditif avec le tragus, et d'exercer une certaine pression avec le doigt ou, la tête restant inclinée, de faire passer de l'air à travers la trompe d'Eustache.

La cautérisation de la caisse est rarement douloureuse;

mais souvent il passe un peu de liquide par la trompe dans l'arrière-gorge, et il y produit une sensation de brulûre qui dure quelquefois plusieurs heures.

Pour produire une escharre d'une certaine épaisseur, la solution caustique doit rester en contact avec la muqueuse pendant une à deux minutes. Quelques injections d'eau tiède suffisent pour éloigner l'excès de nitrate d'argent. L'auteur considère l'addition de sel marin, recommandée par Schwartze, comme inutile.

Les effets de la cautérisation sont d'autant plus rapides que la muqueuse est moins altérée, quelle que soit d'ailleurs la durée de l'écoulement, et que l'état général du sujet est meilleur. Les otorrhées qui se produisent dans le cours d'une scarlatine ou qui sont liées à la scrofule ou à la tuberculose sont très-difficiles à tarir. La présence de granulations retarde également la guérison.

D'après Schwartze, tous les écoulements, sauf ceux qui sont entretenus par des granulations ou la carie, cesseraient sous l'influence du traitement par le nitrate d'argent. Or, plus de la moitié des malades soumis à ce traitement par Politzer ont vu leur écoulement persister, même après huit ou dix instillations. Chez ces malades, le professeur de Vienne a employé la poudre d'alun, dont il aurait obtenu les meilleurs résultats. Cette poudre serait utile quand on a employé sans succès le sulfate de zinc, l'acétate de plomb et surtout le nitrate d'argent. La poudre d'alun doit être laissée en place pendant deux jours, si l'écoulement n'est pas trop abondant; si le troisième jour elle est sèche, il ne faut faire aucune injection : l'eau pourrait provoquer une nouvelle sécrétion ; la poudre sort généralement par petits fragments, sans qu'on soit forcé d'y toucher ; si elle est humide, il faut la faire sortir au moyen d'injections, mais ne renouveler l'insufflation que le jour suivant, et seulement si la secrétion purulente reparaît.

Depuis la publication du Mémoire de Schwartze, j'emploie journellement le nitrate d'argent dans le traitement des écoulements chroniques de l'oreille. J'ai enregistré, comme Politzer, bon nombre de guérisons immédiates, mais aussi

beaucoup d'insuccès, quel que fût le degré de concentration de ma solution (dans les cas rebelles, j'emploie une solution au 5°). J'ai dû naturellement essayer chez les malades non guéris divers astringents. La poudre d'alun a été employée avec succès chez quelques-uns, inutilement chez d'autres.

Pour faire ses instillations de nitrate d'argent, Politzer se sert d'une cuiller en os ou en corne; lorsque le tympan est largement ouvert, je me sers d'un compte-goutte en verre; s'il n'y a qu'une petite perforation, j'injecte le liquide directement dans la caisse au moyen d'une seringue de Pravaz armée d'une petite canule en argent coudée; je retire avec la même seringue une grande partie du liquide en excès, et je neutralise le reste avec de l'eau salée, que Politzer remplace, je ne sais pourquoi, par de l'eau simple.

Laisser la solution en place sans la neutraliser, comme l'a proposé un médecin américain, me paraît imprudent; j'ai vu survenir chez un malade qui a voulu lui-même se faire des injections de nitrate d'argent, qu'il oublia de neutraliser, une otite suraiguë avec abcès mastoïdien.

Dr Levi.

Note sur la présence de corps étrangers dans la caisse du tympan et sur les moyens de les extraire,

par Voltolini, *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, nos 5 et 6, 1876.

Il arrive encore fréquemment aujourd'hui, non-seulement à la campagne, mais même dans les grandes villes, que des médecins appelés auprès d'un malade porteur d'un corps étranger dans le conduit auditif poussent ce corps, pendant les manœuvres d'extraction, jusque dans la caisse du tympan.

D'autres fois ce sont de petits œillets métalliques ou en caoutchouc fixés dans la membrane du tympan pour y maintenir une ouverture artificielle, qui, rendus mobiles par la suppuration, tombent dans l'oreille moyenne.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un accident de cette nature? Peut-il laisser sans danger le

corps étranger en place, ou y a-t-il urgence à procéder à son extraction ? D'après l'auteur, la décision à prendre doit varier suivant les circonstances :

A) L'ouverture de la membrane du tympan par laquelle a passé le corps étranger peut être complétement refermée, ou rétrécie au point d'empêcher la sortie du corps.

B) Elle peut avoir conservé ses dimensions normales.

Dans les deux cas, en supposant même que la presque totalité de la membrane soit détruite, il peut y avoir des difficultés considérables d'extraction, lorsque le corps engagé est susceptible de se gonfler.

Lorsque l'ouverture est refermée ou est devenue plus petite, Voltolini incise la membrane du tympan et va à la recherche du corps étranger pour l'extraire, si c'est possible, au moyen d'un petit crochet mousse. Mais il ne pense pas qu'il faille poursuivre les manœuvres d'extraction lorsque le malade est trop sensible pour supporter la présence d'un instrument dans la caisse du tympan. Il conseille, plutôt que de provoquer des accidents certains, d'attendre et de laisser le corps étranger en place ; car il a vu un malade chez lequel il a pu laisser sans danger un petit œillet dans l'oreille moyenne, et il cite l'exemple d'un confrère qui, ayant brisé la pointe d'un instrument dans la caisse, ne fit aucune tentative d'extration et ne vit survenir aucun accident.

Lorsque le corps étranger est susceptible de se gonfler, il peut produire les accidents les plus graves ; dans ce cas l'auteur conseille de le détruire au moyen du galvano-cautère, et recommande spécialement les instruments dont il est l'inventeur (batterie portative en zinc-platine avec petit cautère très-fin en argent). Dr Levi.

Otite moyenne suppurée. — Phlébite du sinus latéral. — Méningite cérébelleuse purulente. — Abcès du cervelet,

par M. Gauderon, interne des hôpitaux.

M. K..., 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 23 mars 1876 à Lariboisière, dans le service de M. Guyot. L'état très-

grave de cette malade, sa surdité complète au moment de l'examen, ne permettent de recueillir que les quelques renseignements suivants :

Pendant son enfance, cette malade a eu la rougeole, à la suite de laquelle elle est restée complétement privée de l'ouïe de l'oreille gauche.

Elle a toujours joui d'une assez bonne santé et ne présente pas de trace de scrofule.

Elle n'avait eu, avant sa maladie actuelle, aucune maladie grave et n'avait jamais souffert de l'oreille droite, quand vers le 14 mars, elle fut prise de violentes douleurs, d'élancements répétés dans cette oreille.

Le 18, il se fit par le conduit auditif externe droit un écoulement de pus sanguinolent; ce jour même les douleurs cessèrent complétement.

Le 19, la malade se sentant très-soulagée voulut se lever, mais ne put rester debout à cause de la sensation de vertige qu'elle éprouvait.

Pendant les journées du 20 et du 21, la malade ressentit de violentes douleurs de tête et eut plusieurs vomissements bilieux ; en même temps elle avait de la fièvre, mais sans avoir éprouvé de frisson.

Les vomissements cessèrent et la malade entra à l'hôpital, ne se plaignant plus que de céphalalgie diffuse et violente, d'un écoulement de l'oreille droite et d'une surdité absolue.

Le 23, à la visite du soir, la malade avait le facies congestionné exprimant l'abattement.

L'intelligence de la malade est saine, ses pupilles sont égales, et il n'y a pas de paralysie ni de contracture des muscles, de la face ou des membranes. Elle accuse une céphalalgie diffuse très-intense.

La langue est assez nette, rien de particulier à noter dans l'état du tube digestif ou de ses annexes ; la malade n'a ni diarrhée, ni vomissement.

Quand on approche de la malade, on est frappé de l'odeur infecte répandue autour d'elle, par un liquide sanieux qui remplit le conduit auditif externe droit et se répand dans la conque de l'oreille.

La malade n'éprouve plus aucune douleur dans cette oreille. De ce côté, comme du côté gauche, la surdité est absolue, la montre approchée à 1/2 centimètre de l'oreille n'est pas entendue ; la surdité est si complète que l'interrogatoire doit être fait par demandes écrites.

Il est impossible de constater par les moyens habituellement employés l'existence d'une perforation du tympan, dont il est difficile de douter.

La respiration de la malade est calme, la percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune lésion pulmonaire, mais on est frappé de l'odeur fétide de l'haleine de la malade, odeur qui rappelle celle de la sanie qui s'écoule de l'oreille droite.

Il n'y a cependant ni carie ni nécrose des os du nez; les amygdales et le pharynx sont très-injectés, et la face antérieure du pharynx est tapissée d'une couche grisâtre de pus.

La peau est chaude, sa température est de 39, 5, le pouls est fréquent, fort et régulier. P. 120.

Traitement. — Injections détersives dans l'oreille.
Potion avec extrait de quinquina et rhum.

A 6 heures du soir, la malade est prise d'un violent frisson qui dure une demi-heure ; elle n'en avait jamais eu auparavant.

Le 24 au matin, la malade est couchée dans le décubitus dorsal; la tête, tournée à gauche, est fixée dans cette situation; elle pousse des cris quand on veut faire tourner sa tête du côté droit.

Elle ne présente ni paralysie, ni contracture des muscles de la face ou des membres ; elle accuse toujours une céphalalgie très-intense. L'écoulement sanieux de l'oreille droite a diminué considérablement, peut-être à cause de la rotation de la tête à gauche.

Il s'écoule de la bouche de la malade un liquide purulent jaunâtre et d'odeur très-fétide : on peut se demander si ce liquide ne provient pas de la caisse du tympan par la trompe de Fallope.

La respiration est, ce matin, fréquente et pénible ; on entend du râle trachéal et l'auscultation de la poitrine apprend

que, dans toute la hauteur des deux poumons, il y a des râles muqueux très-abondants.

La langue est assez nette, le ventre souple, indolent : pas de diarrhée. La fièvre est moins intense qu'hier ; le pouls est à 100 et la température à 38. Même traitement. La malade meurt à 3 heures du soir, sans avoir eu aucune convulsion.

Autopsie. Le cerveau est tout à fait sain, même dans la partie qui est en rapport avec la face antéro-supérieure du rocher.

La dure-mère, sur la face antéro-supérieure du rocher, et dans un point correspondant à une perforation de la paroi supérieure de la caisse, a pris une teinte gris-noirâtre dans l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Sur la face postérieure du rocher, au niveau du sinus latéral, la dure-mère a pris une teinte vert-noirâtre, mais ne présente aucun exsudat à sa surface ; au niveau du sinus latéral, la dure-mère est décollée des os du crâne, et on trouve entre le sinus veineux latéral et le crâne une matière noire, putrilagineuse et d'odeur fétide.

Le sinus veineux latéral, dans l'espace compris entre le golfe de la veine jugulaire et l'origine de la veine mastoïdienne, est rempli de cette même matière demi-liquide et putrilagineuse ; sur la face antérieure du sinus latéral, on peut constater une perforation qui le fait communiquer avec la caisse du tympan.

La veine jugulaire, à partir de son golfe jusqu'à 3 centimètres au-dessus, est oblitérée par un caillot adhérent aux parois rouges et qui a évidemment empêché le transport dans le courant circulatoire de la matière putrilagineuse contenue dans le sinus latéral.

La face inférieure de la tente du cervelet, la face supérieure du cervelet sont tapissées d'une couche épaisse de pus concret (2 à 3 millimètres) ; cette couche de pus s'étend autant sur la moitié gauche que sur la moitié droite du cervelet et de sa tente.

Sur la circonférence du cervelet, à droite et dans le point le plus externe de cette circonférence, on constate l'existence

d'une plaque gris-noirâtre à la surface du cervelet; cette plaque correspond à un abcès superficiel du cervelet, qui a les dimensions d'une grosse noisette; cet abcès contient un pus gris-noirâtre et d'odeur fétide.

Le rocher est enlevé par un double trait de scie, et cette coupe découvre le pharynx à sa partie supérieure; les parois du pharynx sont tapissées de pus blanc crémeux de bonne nature, qui paraît sourdre de l'orifice interne de la trompe d'Eustache.

Le rocher présente sur sa face antéro-supérieure, dans un point correspondant à la paroi supérieure de la caisse du tympan, un orifice qui fait communiquer la caisse avec la cavité crânienne; cette perforation du rocher laisse apercevoir le pus sanieux, noirâtre et fétide qui remplit la caisse.

A la surface postérieure du rocher, on peut constater une autre perforation du rocher qui fait communiquer la caisse du tympan et le sinus latéral.

Une coupe est pratiquée dans le rocher, dans le sens de sa longueur; on aperçoit alors la caisse remplie de la matière putrilagineuse décrite précédemment; un autre foyer rempli de cette même matière existe au-dessus du conduit auditif interne; ce foyer est de la grosseur d'un pois.

La membrane du tympan a presque complétement disparu, il n'en reste que quelques lambeaux. Pas de suppuration des cellules mastoïdiennes. Il est impossible de reconnaître les osselets dans l'intérieur de la caisse, remplie de pus sanieux.

Les poumons ne contiennent pas d'abcès métastatiques; aux deux sommets des poumons, on trouve 20 à 30 granulations tuberculeuses grises, d'origine récente et dispersées par groupes le long des petites bronches; les bases des poumons sont fortement congestionnées. Pas de tubercules de la plèvre.

Le foie, les reins, la rate sont le siége d'une congestion assez intense, mais ne renferment pas d'abcès métastatiques.

(Extrait du *Progrès Médical* du 19 août 1876.)

Laryngotomie thyroïdienne pour un polype volumineux du larynx,

par M. le Dr Jules Bœckel.

Une dame de 25 ans consulta pour la première fois M. J. Bœckel au mois de septembre 1875. Son affection, qui datait de 2 ans, était caractérisée par une gêne notable de la respiration, avec aphonie presque complète et difficulté de la déglutition. Le laryngoscope permit de découvrir sur la corde vocale droite la présence d'une masse polypeuse, lisse, de la grosseur d'un pois, sessile, paraissant provenir du ventricule du larynx. Des cautérisations répétées, faites avec des substances diverses (nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide chromique), restèrent inefficaces. Quatre mois plus tard la production morbide avait doublé de volume. M. J. Bœckel fit plusieurs tentatives d'extraction par les voies naturelles : elles demeurèrent en partie infructueuses. Deux mois après, madame L... accouchait de son troisième enfant. L'accouchement fut normal ; toutefois les accès de suffocation, fort alarmants depuis plusieurs jours, devinrent menaçants peu après la naissance de l'enfant.

Le troisième jour, M. J. Bœckel dut exécuter la trachéotomie. L'examen laryngoscopique, pratiqué 15 jours après cette opération, révéla la présence d'une masse considérable, du volume d'une petite noix, ayant envahi toute la cavité laryngée et oblitéré presque entièrement la fente glottique. La laryngotomie était la seule planche de salut pour la malade. M. J. Bœckel la pratiqua trois semaines après la trachéotomie et enleva successivement plusieurs végétations, dont la plus volumineuse avait 18 millimètres de long sur 14 de large. L'opération ne présenta aucun incident particulier et les suites en furent des plus heureuses, ainsi qu'on peut le constater sur l'opérée de M. Bœckel. La cicatrisation, bien que n'étant pas complète, permet à la malade de se faire comprendre à voix basse. En terminant cette communication à la Société médicale de Strasbourg, M. Bœckel insiste sur deux faits importants à noter : la position déclive à donner à la tête, pendant le cours de l'opération, position qui lui a permis de faire la section rapidement et sans crainte d'introduction de sang dans la trachée ; en second lieu la nature bénigne de la tumeur, constituée par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse laryngée, ce qui permet de porter un pronostic favorable sur le résultat final. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Nouveau moyen pour enlever les corps étrangers de l'oreille.

On prend un crin de cheval d'une longueur de six pouces, et plié en double à son extrémité de manière à former une anse. Le malade étant placé sur le coté, cette anse est introduite le plus profondément possible ; on lui imprime alors tout doucement un mouvement de torsion ; au premier et au deuxième tour, dit l'auteur, le corps étranger est entraîné au dehors avec l'anse. C'est un moyen assez ingénieux, et qui est en tous cas peu douloureux, et inoffensif. (*The medical press and circular*, 21 avril 1875.)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Oreille.

Considérations pratiques sur les maladies de l'oreille.

Polypes du conduit auditif, par le Dr Motte (de Dinant). (Bruxelles, 1876.)

Signe nouveau indiquant la respiration du nouveau-né, tiré de l'inspection de l'oreille.

Étude médico-légale, par le Dr Gellé. (*Tribune médicale*, 1876, nos 383 et suivants.)

Rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil.

Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 17 avril 1876, par M. E. Cyon.

De l'Otite moyenne purulente, par le Dr Ménard. (Thèse, mai 1876.)

De l'Exploration de la membrane du tympan, par le Dr Dufrane. (*Archives médicales belges*, mai 1876.)

Observations de tumeurs osseuses dans le conduit auditif externe par L. B... (*Archiv f. Ohrenheilk.*, 1875, t. X, p. 110.)

Inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané dans la région suprà et post-auriculaire, par R. Voltolini. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1875.)

De l'otite externe et de ses complications, par le Dr Bonnemaison.

Sur la chirurgie aurale conservatrice, par J. Pattersen Cassels. (*Edinburgh med. journ.*, p. 808, mars 1876.)

De la myringodectomie, par le Dr Miot. (*Progrès médical*, 1876, nos 13, 14, 15, 20, 22.)

De l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen d'un tube interauriculaire, par le Dr Gellé. (*Tribune médicale*, 9 juillet 1876.)

Larynx.

Sur les rétrécissements et les déformations du larynx et de la trachée, par M. Duret. (*Revue critique, Archives générales de médecine*, mai et juin 1876.)

Œdème de la glotte consécutif à une angine simple; mort, par M. Laveran. (*France médicale*, 14 juin 1876.)

Corps étranger dans les voies respiratoires; trachéotomie au moyen de la galvano-caustique thermique; expulsion du corps étranger, guérison. — Observation recueillie par le Dr Saubert. (*El siglio medico*, 11 juin 1876.)

Région naso-pharyngienne.

Note sur l'irrigation nasale ou naso-pharyngienne et son application au traitement des affections aiguës ou chroniques des fosses nasales, par C. Paul. (*Bulletin général de thérap.*, t. LXXXIX, 1875.)

De l'amygdalite caséeuse chronique. Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 27 avril 1876.

Ablation d'un corps étranger (aiguille) engagé dans le pharynx, par l'opération de la pharyngotomie (succès), par le Dr Wheler, (*The medical press and circular*, 22 avril 1875; *Union médicale*, 18 juillet 1876.)

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1227, 9-6.)

Le Gérant : G. Masson.

1er Novembre 1876. — N° 5.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

DES UNIONS CONSANGUINES (1),

DE LEUR INFLUENCE, ET DES RAPPORTS DE LA CONSANGUINITÉ AVEC LA SURDI-MUTITÉ CONGÉNITALE,

Par le **Dr Lacassagne,** professeur agrégé du Val-de-Grâce et de la faculté de médecine de Montpellier.

La consanguinité étant, comme nous l'avons dit, le redoublement de la même influence atavique et d'une disposition organique à peu près semblable chez les deux procréateurs, doit porter à sa plus haute puissance la facilité de transmission, suivant l'ordre et d'après les lois que nous avons indiquées. L'appareillement se fera ordinairement bien pour les vie végétative et animale qui, en général, sont semblables chez les consanguins. Le conflit commencera pour la transmission des tissus à pigmentation (peau, cheveux, etc.), et s'accentuera de plus en plus en avançant dans la vie cérébrale. De là des désordres portant sur le système nerveux, et par ordre de fréquence : lésions trophiques, arrêts de développement, dispositions pathogéniques ganglionnaires et médullaires, relations des viscères et du cerveau défectueuses, désordres des organes des sens et de l'intelligence. Nous avons rangé successivement et par ordre de susceptibilité croissante les parties du système nerveux présidant à des

(1) Extrait d'un article qui paraîtra bientôt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

fonctions de plus en plus complexes. Il est bien évident, et l'expérience a démontré, que plus un mécanisme est compliqué, plus les causes accidentelles y produisent facilement des désordres, en disproportion avec les causes.

Ce point établi, il nous faut montrer les arguments ou les preuves fournis par les anticonsanguinistes et les consanguinistes dans cette question. Nous serons maintenant à même d'apprécier la valeur des documents présentés par les adversaires des deux camps.

Opinions des anticonsanguinistes. — Le 29 avril 1856, Ménière lut à l'Académie de médecine une note sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale. Une des causes fréquentes, dit-il, est le mariage entre parents; aussi regrette-t-il que l'Église ait abandonné ses anciennes règles. Le mariage entre consanguins est très-fréquent dans les localités où naissent beaucoup de sourds-muets. Dans les populations isolées, où les familles sont alliées entre elles depuis longtemps, ainsi dans le canton de Berne, on observe dans toute sa laideur la dégradation de l'espèce, l'abâtardissement de la race : là on constate des crétins, des idiots, des sourds-muets de naissance. Tout cela montre que, si le système nerveux tient le premier rang dans l'organisme humain, il subit aussi les altérations les plus graves.

Cette communication eut un grand retentissement. M. Rilliet (de Genève), qui s'était déjà occupé avec M. Barthez de l'influence des liens de parenté sur les produits du mariage (*Mal. des enfants*, t. I, p. 7, 2e éd., 1853), adressa à la même assemblée une lettre qui porte en substance qu'il se fait à Genève un nombre considérable de mariages entre consanguins; que son attention a été depuis bien des années appelée sur les conséquences fâcheuses qui résultent de ce fait pour la santé et même pour la vie des enfants. Ces conséquences sont : 1° l'absence de conception; 2° le retard de la conception; 3° la conception imparfaite (fausses couches); 4° des produits incomplets (monstruosités); 5° des produits dont la constitution physique et morale est imparfaite; 6° des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux et par ordre de fréquence : l'épilepsie, l'imbécillité et

l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des paralysies cérébrales et diverses ; 7° des produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse ; 8° des produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés sous d'autres conditions ; 9° des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie ou à la mort. A ces règles il y a des exceptions dues, soit aux conditions de santé des ascendants, soit aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parents au moment du rapprochement des sexes. Ainsi : 1° rarement tous les enfants échappent à la mauvaise influence; 2° dans une même famille, les uns sont frappés, les autres sont épargnés ; 3° ceux qui sont atteints ne le sont presque jamais de la même manière dans la même famille : c'est-à-dire que l'un est épileptique, l'autre est sourd-muet.

Le danger des mariages consanguins fut de nouveau signalé par Devay, dans une série de publications spéciales. Le médecin de Lyon avait déjà montré les fâcheuses conséquences de ces unions, dans la première édition de son *Hygiène des familles;* depuis, le nombre de ses observations avait augmenté, et on est positivement effrayé, à la lecture de ses documents, du domaine de la consanguinité, dont les limites s'accroissent d'année en année.

C'est ainsi que ces unions sont contraires à l'accroissement de la population et à sa validité, elles sont stériles en frappant les rejetons dans leur santé ou leur structure (anomalies, monstruosités, sexdigitisme, bec-de-lièvre, albinisme, icthyose, enchondrome, retard dans la dentition). Elles occasionnent des maladies mentales (crétinisme, idiotie), des maladies des sens (cécité, surdité), et finissent même par influencer l'ensemble de la famille. « Cette dégénérescence de la famille se reflète dans mille caractères extérieurs qui frappent même les personnes étrangères à la médecine. Ainsi, on remarque une flétrissure dans la beauté de la face; sa coloration s'étiole, ses traits s'épatent et se vulgarisent : peu à peu on voit succéder à cette altération de la beauté du type humain, dans les familles livrées à la consanguinité,

une laideur que nous appellerons *maladive ;* elle est l'expression d'une ou de plusieurs diathèses, et principalement de la diathèse scrofuleuse ou de la diathèse rachitique. Il est rare de ne point rencontrer plusieurs membres atteints de claudication, soit congénitale, soit liée à des arthrites chroniques consécutives ; on rencontre également des individus ayant des cheveux rouges et des rousseurs à la peau. » Nous avons voulu donner cette citation pour montrer où peut conduire l'exagération d'une idée. Un individu, né de mariage consanguin, ne pouvait pas avoir une maladie quelconque, être laid et même avoir des taches de rousseur, sans qu'aussitôt M. Devay n'y vît une manifestation de la consanguinité.

D'ailleurs les faits présentés par lui sont contradictoires. Tantôt elle produit des maladies effrayantes, d'autres fois et dans des conditions absolument identiques, d'après cet auteur, elle ne donne naissance qu'à un sixième doigt (p. 96), ou à une oreille déformée, comme chez les Cagots (p. 186). Les explications ne sont pas meilleures et souvent empreintes de mysticisme : « La nature semble témoigner, par gradation, sa répulsion pour les mariages fondés sur la consanguinité. Très-souvent, et ce qu'on pourrait peut-être considérer comme une issue favorable, elle les frappe de stérilité; puis, s'il y a fécondité, elle semble faire des produits, des épreuves bizarres, incomplètes, qu'elle signale par des anomalies. Enfin, elle tient en réserve les monstruosités véritables, les déviations pathologiques... Nous le répéterons encore, car cette pensée nous paraît être l'expression d'un fait général, la nature à laquelle on fait violence par les unions consanguines, qui semblent vouloir déranger l'ordre providentiel, l'ordre de l'univers, selon l'expression de Burdach, semble protester contre cette violence par une terrible ironie. Elle prête la main au désordre physiologique. » Puis il continue, en disant que la nature inflige alors une petitesse de taille ridicule par rapport à celle des parents, ou bien exprime de la bizarrerie. Et il cite le cas d'un jeune homme né de père et de mère cousins germains, très-bien conformé et très-bien portant du reste, mais qui portait « sur le *vertex* une chevelure panachée (blanche et noire). »

Tous ces arguments pouvaient certainement effrayer les gens du monde, mais devaient laisser assez impassibles les médecins. Aussi furent-ils plus émus des documents statistiques et des preuves accumulées dans les thèses de MM. Chazarain, Chipault, Brocchi, Sicaud, et par les publications répétées de Boudin. Le domaine de la consanguinité se restreignit de plus en plus, et la *surdi-mutité* fut la maladie qui parut uniquement absorber l'attention des praticiens, et démontrer à elle seule le danger des unions consanguines. C'est ainsi que Boudin consacre à cette maladie plus de la moitié de son mémoire, qu'il termine d'ailleurs par cette conclusion : les alliances consanguines sont accusées encore de favoriser chez des parents l'infécondité, l'avortement; chez les produits, l'albinisme, l'aliénation mentale, l'idiotisme, la rétinite pigmentaire et autres infirmités; mais ces diverses propositions nous paraissent réclamer une démonstration rigoureuse qui leur manque plus ou moins jusqu'ici.

Quels étaient donc les résultats fournis par la statistique sur la surdi-mutité? Boudin, qui a réuni tous les documents publiés sur ce sujet, est arrivé aux propositions générales suivantes :

« 1° Les mariages consanguins représentent en France environ 2 0/0 de l'ensemble des mariages, tandis que la proportion des sourds-muets de naissance, issus de mariages consanguins, est à l'ensemble des sourds-muets de naissance :

a) A Lyon, au moins de 25 0/0.
b) A Paris, de 28 0/0.
c) A Bordeaux, de 30 0/0.

2° La proportion des sourds-muets de naissance croît avec le degré de la consanguinité des parents ; si l'on représente par 1 le danger de procréer un enfant sourd-muet dans un mariage ordinaire, ce danger est représenté par :

18 dans les mariages entre cousins germains.
37 dans les mariages entre oncles et nièces.
70 dans les mariages entre neveux et tantes.

3° A Berlin, on compte :

3,1 sourds-muets sur 100 catholiques;
6 sourds-muets sur 10,000 chrétiens en grande majorité protestants;
27 sourds-muets sur 10,000 juifs.

En d'autres termes, la proportion des sourds-muets croît avec la somme des facilités accordées aux unions consanguines par les lois civile et religieuse.

4° On comptait en 1840, dans le territoire de Jowa (États-Unis) ;

2,3 sourds-muets sur 10,000 blancs.
212 sourds-muets sur 10,000 esclaves,

c'est-à-dire que, dans la population de couleur, dans laquelle l'esclavage facilite les unions consanguines et même incestueuses, la proportion des sourds-muets était *quatre-vingt-onze* fois plus élevée que dans la population blanche, protégée par les lois civile, morale et religieuse.

5° La surdi-mutité ne se produit pas toujours *directement* par les parents consanguins : on la voit se manifester parfois *indirectement* dans des mariages croisés, dont l'un des conjoints était issu de mariages consanguins.

6° Les parents consanguins *les mieux portants* peuvent procréer des enfants sourds-muets; par contre, des parents sourds-muets, mais non consanguins, ne produisent des enfants sourds-muets que *très-exceptionnellement;* la fréquence de la surdi-mutité chez les enfants de parents consanguins est donc *radicalement indépendante de toute influence d'hérédité morbide.*

7° Le nombre des sourds-muets augmente souvent d'une manière très-sensible dans les localités dans lesquelles il existe des obstacles naturels aux mariages croisés. Ainsi, la proportion des sourds-muets qui est, pour l'ensemble de la France, de 6 sur 10,000 habitants, et de 2 seulement pour le département de la Seine, s'élève : en Corse, à 14 sur 10,000 habitants; dans les Hautes-Alpes, à 23; en Irlande, à 11; dans le canton de Berne, à 28.

8° On peut estimer à environ 250,000 le nombre total des sourds-muets en Europe. »

Une autre maladie a eu aussi, dans cette question, le privilége de fixer l'attention des médecins : c'est la *rétinite pigmentaire*, encore appelée rétinite tigrée ou choro-rétinite pigmentaire. L'histoire de cette curieuse affection a été présentée dans une thèse remarquable du docteur Hocquard, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce, travail fait sous l'inspiration de M. le professeur Maurice Perrin.

La rétinite pigmentaire congénitale a pour causes principales : la consanguinité, la surdi-mutité, les influences héréditaires, la syphilis.

Liebreich signala, en 1861, la coïncidence entre la consanguinité et la rétinite pigmentaire. D'après lui, les mariages consanguins interviendraient une fois sur deux dans la production de cette affection. Aussi la signale-t-il comme fréquente dans les familles de noblesse ancienne ou chez les Israélites.

D'autres auteurs sont arrivés à de mêmes conclusions : Hœring l'a trouvée 1 fois sur 6 ; Mooren l'a rencontrée 9 fois. Mais d'autres oculistes tout aussi habiles n'ont jamais constaté cette coïncidence, tels sont MM. Monoyer, Secondi, Mauthner, Galezowski, Maurice Perrin. Cette divergence provient, d'après Hocquard, de ce que ces auteurs ont observé dans des milieux différents. Liebreich a pris ses observations dans des établissements de sourds-muets. Or, cette affection coexiste fréquemment avec la surdi-mutité : de Grœfe et Pagenstecher ont cité des cas de semblable rétinite survenus chez des sourds-muets. D'après Liebreich, la consanguinité produit en même temps la surdi-mutité et la rétinite pigmentaire, car elles se rencontrent souvent toutes deux sur le même individu né d'un mariage entre parents. A Berlin, il a examiné 241 sourds-muets. Sur 14 de ces sujets, 5 nés d'unions consanguines étaient atteints de rétinite pigmentaire. Et cependant, dans cette même ville, il n'y a d'après lui que 20 à 30 individus affectés de pigmentations rétiniennes. C'est donc une proportion de 14 sur 30 au moins de pareilles rétinites avec perte de l'ouïe. Sur ces 14 individus à rétinite tigrée, 8 étaient Israélites, et on connaît la fréquence des mariages consanguins chez les Juifs. A l'In-

stitution des sourds-muets de Paris, Liebreich a trouvé 7 cas de la même maladie, dont 3 provenant d'alliances entre parents. D'après lui, en Russie, la rétinite pigmentaire est très-rare chez les sourds-muets, ce qui tiendrait aux obstacles apportés par l'Église grecque aux mariages entre parents.

Hocquard a voulu contrôler les résultats de cet auteur dans le même établissement de Paris. Sur 200 sourds-muets que contient l'Institution, il en a trouvé 5 atteints de rétinite pigmentaire congénitale et dont il donne les remarquables observations. Sur ces 5 malades, 3 étaient issus de mariages entre cousins germains. « Des deux autres, l'un ne comptait aucune alliance consanguine dans sa famille; l'autre n'a pu nous donner sur ce point aucun renseignement suffisant. Il est important aussi de noter que tous sont sourds-muets de naissance, et qu'ils ont, sauf un seul, les facultés intellectuelles plus développées que ne le comporte leur âge. Quatre de nos observations infirmeraient donc jusqu'à un certain point les idées de de Grœfe qui avait presque toujours constaté dans ces cas, en même temps que la surdi-mutité, un arrêt de développement intellectuel. » Plus loin, Hocquard insiste particulièrement sur l'influence de l'hérédité dans l'étiologie de rétinite pigmentaire. Les auteurs ont cité des cas où, dans la même famille, la maladie se transmettrait des parents aux enfants pendant plusieurs générations.

Pour contrôler ces divers résultats, nous avons prié notre ami, le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hôpital des Quinze-Vingts, de nous fournir les renseignements qu'il possédait sur la question. Nous le remercions sincèrement des documents importants qu'il a mis à notre disposition.

Sa statistique, basée sur plus de huit mille observations, permet d'apprécier nettement le rapport de la rétinite pigmentaire avec la consanguinité.

Le relevé statistique des cas de rétinite pigmentaire fait par le docteur Fieuzal, tant parmi les aveugles de l'hospice des Quinze-Vingts que sur le registre de la consultation ophthalmique qu'il dirige, comprend une période de deux ans et demi : 8,225 inscrits dont 275 pour l'hospice et 7,950 pour la consultation.

Sur ce chiffre de 8,225 il y a 21 cas de rétinite pigmentaire avec héméralopie comme phénomène de début. « Les cas de rétinite tigrée ou de choro-rétinite, le plus souvent de nature spécifique, ont été soigneusement laissés de côté dans ce relevé qui ne comprend que la rétinite pigmentaire, type congénital, c'est-à-dire celle qui s'observe sans traces de lésions inflammatoires autre que la migration du pigment à travers les diverses couches de la membrane nerveuse affectant la disposition typique des corpules osseux et qui se trouve dans le plan rétinien en avant et le long des vaisseaux; ces amas pigmentaires occupant de préférence la région de l'ora serrata. »

La consanguinité a été notée 8 fois expressément sur le cahier d'observations ; dans les 13 autres cas il n'y avait pas consanguinité.

Parmi les 275 membres de l'hôpital des Quinze-Vingts il y a deux cas seulement de rétinite pigmentaire, l'un avec et l'autre sans antécédents de consanguinité. « L'un de ces deux aveugles présente deux cataractes aujourd'hui complètes, ne permettant plus d'explorer les membranes profondes : il y a quatre ans, au contraire, la cataracte plus avancée à gauche, permettait, après dilatation de la pupille, de faire la constatation de l'existence de plaques de pigment disséminées dans la région équatoriale ; l'œil droit présentait une cataracte polaire postérieure et on pouvait constater facilement par l'examen ophthalmoscopique en même temps que l'atrophie de la papille, la diminution remarquable du calibre des vaisseaux rétiniens, des artères principalement, et la dissémination du pigment rétinien dans toute la région équatoriale et jusque vers la région polaire postérieure. La cataracte est aujourd'hui complète, aussi bien à droite qu'à gauche, de telle sorte qu'il serait impossible d'être renseigné sur la nature de l'affection des membranes profondes qui complique la cataracte dans le cas dont il s'agit, si un examen précédent n'était venu la dévoiler. L'observation scrupuleuse d'un pareil fait porte avec elle son enseignement : en premier lieu elle permet d'affirmer, contrairement à l'opinion de certains auteurs, que la cataracte complique quelquefois et d'une

manière incontestable, la rétinite pigmentaire; en second lieu un certain nombre de rétinites pigmentaires doivent fatalement échapper à la constatation ophthalmocospique par le fait du développement ultérieur des cataractes chez les sujets atteints de cette forme de cécité. »

Si l'on s'en rapporte au relevé qui précède, on est donc fondé à n'attribuer à la consanguinité qu'une part très-restreinte dans la séméiologie des rétinites pigmentaires.

Nous citerons cependant un fait très-intéressant relevé par le docteur Fieuzal, et qui donne un appui sérieux aux partisans de la consanguinité.

Il s'agit de la famille D..., demeurant à Paris, rue du Parc-Royal, 13, père et mère cousins germains.

Le premier enfant issu de ce mariage est mort à l'âge de 18 mois d'une bronchite ; sans renseignements sur la vision.

Le deuxième, aveugle de naissance, âgé aujourd'hui de 22 ans, présente une rétinite pigmentaire double, avec atrophie papillaire et absence de vaisseaux rétiniens qui sont réduits à deux filets, un inférieur, l'autre supérieur.

Un troisième enfant mort pendant l'accouchement aurait présenté, d'après le médecin assistant, une organisation incomplète des os du crâne.

Quatrièmement. Une fille âgée de 19 ans, atteinte d'héméralopie.

Cinquièmement. Une jeune fille âgée de 17 ans, aveugle de naissance, reçue aux Jeunes-Aveugles.

Sixièmement. Une jeune fille âgée de 15 ans, à vue très-mauvaise et d'une intelligence obtuse.

Septièmement. Un enfant âgée de 10 ans, atteint d'hydrocéphalie avec strabisme alternant, vision très-mauvaise.

Huitièmement. Enfant mort à 2 ans 1/2 de bronchite.

Neuvièmement. Enfant mort à 10 mois de la même maladie.

Dixièmement. Enfant mort-né après accouchement laborieux.

Onzièmement. Jeune fille âgée de 5 ans, atteinte de nystagmus très-prononcé avec rétinite pigmentaire.

Douzièmement. Enfant mort à l'âge de 2 ans ; sans renseignements.

Ajoutons encore à cette liste, deux enfants jumelles mortes par suite d'accouchement prématuré à l'âge de 7 mois.

Avant de terminer ce chapitre et d'aborder les travaux récents, il faut signaler les nombreux mémoires ou notes adressés aux corps savants et qui suivirent l'apparition des travaux de Ménière, Rilliet, Devay et Boudin. Nous ne ferons que mentionner les notes à l'Académie, de MM. Ballay, Bonnafont, Magne, Seguin, Caron, Guipon, Cadiot, Brochard, Sanson, Isidor, de Ranse Saint-Cricq-Casaux, Ancelon, Voisin, Rediolot, Pons. On les trouvera dans les comptes rendus ou dans la collection de la *Gazette hebdomadaire*, qui, comme nous l'avons dit, s'est fait pour ainsi dire un devoir de réunir tous les documents sur la question.

Il nous reste à étudier deux importants mémoires, parus en 1865, c'est-à-dire à une période de l'histoire de la consanguinité pendant laquelle cet intéressant problème semblait moins fixer l'attention. Et cependant le talent et la bonne foi des observateurs, la variété et la quantité de renseignements qu'on y trouve, en font de précieux documents et de sérieuses enquêtes qui méritent de figurer dans ce débat. C'est en Écosse que A. Mitchell a étudié l'influence de la consanguinité sur la santé des descendants. Dans ce pays, les ignorants, les gens instruits, presque tous les médecins sont convaincus du danger de ces mariages. Il avoue que lui-même croit aux périls de la consanguinité, « quoique nous sentions à merveille que ses caractères et la mesure dans laquelle elle s'exerce sont encore peu connus, et que nous ne soyons pas beaucoup plus avancé dans la connaissance des causes susceptibles d'influencer les résultats dans un sens ou dans l'autre. » Il fait d'ailleurs remarquer, avec une entière bonne foi, que si l'on recueille avec soin tous les cas malheureux qui d'ailleurs se présentent d'eux-mêmes, on omet ou on oublie ceux dans lesquels cette influence fâcheuse ne se montre pas. C'est ainsi qu'en 1860, réunissant l'histoire de 45 observations de consanguinité, il trouve dans 8 cas pas d'influence fâcheuse; dans 8 cas, stérilité; les 29 cas qui restent donnent : 8 idiots, 5 imbéciles, 11 aliénés, 2 épileptiques, 4 paralytiques, 2 sourds-muets, 3 aveugles (?), 2 vues faibles,

3 difformités (innervations rachidiennes), 6 estropiés (le caractère de l'infirmité n'a pas été spécifié), 1 rachitique, 22 phthisiques scrofuleux ou sujets à constitution faible. Mitchell ajoute que ces cas sont des *cas choisis*, et qu'il serait facile de trouver, en Écosse, 45 mariages croisés dont la descendance offrirait un tableau encore plus lugubre.

Il ajoute que l'on a tort de vouloir mettre tout ce qui se produit de défectueux sur le compte de la consanguinité. Celle-ci ne peut être la seule cause du déchet dont une descendance est frappée, et les enfants des consanguins sont sujets comme tous les autres aux causes générales qui altèrent la santé. Il croit aussi que les dangers ne se montrent quelquefois que chez les petits-enfants ou les arrière-petits-enfants. D'où il conclut que « les conséquences de ces mariages sont également celles de l'hérédité, et que la distinction des unes et des autres est fréquemment impossible. » (Dans une note, à la traduction de ce mémoire, M. Fonssagrives dit que les faits d'hérédité et ceux de consanguinité doivent être distingués. Si la consanguinité peut exagérer l'hérédité, elle peut aussi produire des effets fâcheux en dehors de celle-ci, « c'est une sorte d'*innéité à deux* dont la parenté des conjoints est le prétexte. » Si nous ne pouvons comprendre l'innéité de Lucas, comment admettre l'innéité à deux de M. Fonssagrives ?

Pour Mitchell, il est des cas particuliers dans lesquels la consanguinité ne se montre pas dangereuse ; quoi qu'il en soit, il est plus sage de chercher une femme loin de sa propre famille.

Voici quelle est la méthode employée pour déterminer l'existence et la mesure des dangers produits par la consanguinité. Il fixe le nombre d'individus atteints d'une maladie ou infirmité (insanité d'esprit, surdi-mutité) et voit dans combien de cas elle procède de mariages consanguins ou de mariages croisés. Les résultats sont comparés aux proportions respectives de mariages ordinaires et consanguins. Puis, choisissant certaines localités, il fait l'histoire de quelques familles et en compare les résultats avec ceux obtenus par l'analyse de familles consanguines.

Les résultats, dit-il, démontrent la relation étroite de l'idiotisme, et de la surdi-mutité avec la consanguinité matrimoniale, en Écosse du moins.

Les recherches qui ont porté sur 9 comtés, représentent une grande partie de l'Écosse : nne population de 716,210 individus. Sur 627 cas d'aliénation (pour lesquels il a été possible d'avoir des renseignements), on trouve 15,6 0/0 d'unions consanguines. Parmi ces 98 cas issus de mariages consanguins, le degré de parenté se répartissait ainsi :

Cousins germains	42 cas.
Cousins issus de germains	35 —
Cousins au 3e degré	21 —
Total	98 cas.

Il semblerait donc que plus la consanguinité est étroite, plus elle est dangereuse. Des renseignements complets sur 59 mariages ont présenté un total de 150 enfants idiots : 74 provenant de 26 unions consanguines, et 76 de 33 unions croisées.

« Donc, en Écosse, la consanguinité serait une cause d'idiotisme », et plus loin, « étant donné un chiffre de 100 idiots venant de mariages consanguins, et un autre chiffre de 100 idiots fournis par des alliances croisées, en constatera que les premiers doivent, en plus grande proportion que les autres, leur idiotisme à une affection intra-utérine. » Les faits rendent très-probable (s'ils ne le démontrent), que l'idiotie en Écosse provient de la consanguinité, mais ils ne permettent pas de dire dans quelle mesure elle influence.

Pour la surdi-mutité, il recherche aussi dans quel rapport existent les sourds-muets consanguins et les sourds-muets hétéro-sanguins. Il dit que pour M. Burton de l'Institut des sourds-muets de Liverpool, dans une enquête faite en 1859, le dixième des cas de surdité congénitale provenait de mariages entre cousins. Le docteur Peot, de l'Institut de New-York, croit aussi qu'il y a 1 cas de cette nature sur 10 de surdi-mutité congénitale. Pour lui, d'après les renseignements qu'il a pu se procurer (408 sourds-muets), il trouve

une proportion plus faible, c'est-à-dire de 1 sur 16,2. Donc, dit-il, ces mariages devraient être aux alliances croisées comme 1 est à 17, pour qu'il n'y eut pas d'influence, et cependant il ne les estime qu'à 1 sur 60 ou 70. Donc, la surdi-mutité congénitale apparaîtrait au moins 4 fois, si ce n'est 5 fois plus souvent à la suite de mariages consanguins qu'à la suite de mariages croisés.

Dans sa seconde méthode de recherches, Mitchell fait, dans une localité, l'histoire généalogique d'un certain nombre de familles entachées de consanguinité et les compare à celles qui n'en présentent pas de traces.

A l'île de Saint-Kilda, il y a 78 habitants, formant 14 ménages, dont 5 entre cousins au second degré (le 6e degré du Code français); 54 enfants sont issus de ces 5 couples; — à ce propos, Fonssagrives dit que les mariages consanguins sont tout aussi productifs que les autres, si l'on réserve la qualité des produits. — Sur ce nombre de 54 enfants, 37 sont morts dans la première enfance; « les 17 survivants sont dans les meilleures conditions; il n'y a parmi eux ni un sourd, ni un muet, ni un idiot, ni un aveugle, ni un estropié. » Mitchell ajoute que, dans cette île, les femmes sont très-fécondes, mais que le tétanos y est pour ainsi dire à l'état endémique, et enlève beaucoup d'enfants en bas âge. C'est ainsi que dans cette petite population, il n'y a eu qu'un seul mariage avec un étranger ayant donné 14 enfants, dont 2 seulement sont en vie.

Dans l'île de Scalpay, sur une population de 341 habitants, il y a 63 ménages et, parmi ceux-ci, un seul cas d'union consanguine. On ne trouve pas dans cette île un sourd-muet, un aliéné, un idiot.

Dans l'île de Lewis, sur 311 mariages, il y en a eu 4 entre parents, soit 1 sur 78. Sur 35 cas d'insanité, on trouve l'influence de la consanguinité dans le tiers des cas. Mais il faut constater que les difformités sont communes dans cette île; Mitchell trouve 9 cas de bec-de-lièvre, 5 cas de doigts surnuméraires, un cas de pouce double, deux cas de palmure des doigts et des orteils. Les innervations de la colonne vertébrale, les difformités, la cécité et la surdi-mutité s'y ren-

contrent fréquemment. Il a vu 7 épileptiques, plusieurs cas de chorée, et beaucoup de paralysies. Il est certain, d'après ce tableau, que les habitants de l'île de Lewis ont un système nerveux en fort mauvais état, et il serait bien difficile de voir là l'influence de la consanguinité.

Berneray-Lewis est une paroisse qui contient 427 personnes et 74 ménages. Deux de ceux-ci sont des unions entre cousins germains ayant donné 10 enfants, dont 8 vivants très-bien portants. 10 mariages entre cousins au second degré (ou 6ᵉ du Code français) ont donné 20 enfants, dont 18 vivants très-bien portants : 9 provenant d'un seul couple et 9 des cinq autres mariages. Ainsi, dans cette population, il y a 1 mariage consanguin sur 9 et cependant on ne trouve ni un idiot, ni un aliéné, ni un infirme, ni un muet.

Mitchell insiste encore sur la rareté de la phthisie aux Hébrides. Si on peut croire dans ces districts à l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotisme, la rareté d'une maladie que l'on attribue ordinairement à des mariages entre proches parents rapproche un second ordre de faits qui mérite de fixer l'attention.

Burnmorth et Ross sont des villages de pêche sur la côte S.-E. de l'Écosse, d'une population évaluée à 420 habitants. Il y a seulement 7 mariages consanguins; tous entre cousins germains. Aucune de ces unions n'a été stérile, et elles ont produit 35 enfants, sur lesquels 7 sont morts. Ces enfants sont tous très-sains et bien portants. De ces 28 enfants vivants et nés de consanguins, 3 avaient contracté mariage et avaient donné 13 enfants dont 10 sains et bien portants. Il n'en a trouvé aucun atteint de défectuosité corporelle ou mentale et cependant « il y a dans l'ensemble de la population un chiffre de personnes d'une mauvaise santé qui excède la moyenne de la population de l'Écosse. »

Mitchell étudie ensuite la population de pêcheurs d'une petite localité (il n'en donne pas le nom) de la côte N.-E. d'Écosse. Il y a 663 personnes, 119 ménages, et environ 60 veufs ou veuves avec ou sans famille. Sur les 119 ménages, il y a 27 unions consanguines: 11 entre cousins germains et 16 entre cousins au 2ᵉ degré. C'est donc une pro-

portion de 1 mariage consanguin sur 4,4. De ces 27 ménages, il y en a 3 d'inféconds, et 24 qui ont fourni 105 enfants. Sur ce nombre, 38 sont morts (35 en bas âge), 4 sont sourds-muets, 4 imbéciles, 4 faibles d'esprit, 1 paralytique et 11 scrofuleux et débiles. « Ces faits sont de nature à nous faire penser que plusieurs des causes susceptibles de produire l'idiotisme doivent agir en même temps sur cette population. »

Dans les villages de pêche de Portmaholmack et Balnabruiach (Ross oriental) il y a une population de 1,548 personnes et 355 ménages. Sur ce nombre il y en a 82 entre cousins germains et 20 à un degré inférieur : il y a donc consanguinité dans le quart environ du nombre total des mariages. Ces 82 unions ont formé 340 enfants dont 250 vivent. Il n'y a eu que 2 imbéciles, 1 idiot et 2 estropiés. Les enfants nés des 273 mariages croisés ont fourni 4 imbéciles, 2 idiots, 2 fous et 2 infirmes.

« Voilà des résultats, dit Mitchell qui ne sont pas en rapport avec l'idée que l'on se fait communément des conséquences de ces unions. Il s'attendait, en commençant cette enquête, à un résultat plus accentué ou à des chiffres plus tristement éloquents. Dans tous les cas, ces recherches montrent combien est peu stable l'influence qui est attribuée aux unions de cette nature. Tantôt les faits semblent démontrer que cette influence est nulle ou minime, tantôt, au contraire, ils révèlent sa malignité ; plus souvent encore les faits sont susceptibles de discussion, et les enseignements qu'on en tire n'ont rien de clair ni de précis. Il est important, toutefois, de connaître ces différences réelles ou apparentes, pour élargir le champ de l'observation êt pour porter à s'enquérir de toutes les circonstances qui peuvent exagérer, modifier ou voiler les résultats. » Il pense encore que la consanguinité s'exerce d'une manière qui n'est pas la même sur les différentes classes de la société. Il faudrait tenir compte du milieu social ou des catégories sociales et alors l'influence s'accuserait plutôt par une dégénérescence de la race que par certaines maladies déterminées.

Nous nous sommes longuement étendu sur ces observa-

tions judicieusement recueillies et impartialement racontées par Mitchell. Prises sur un petit groupe social isolé, elles ont la valeur de véritables expériences et ont un plus grand poids que les documents ordinaires fournis par une population mélangée. L'étude que notre ami Poncet (de Cluny) a faite dans des conditions semblables, à la Noria (près Mazatlan), Sinaloa-Mexique, présente aussi des points intéressants que nous allons faire connaître.

La Noria est un village indien de 8 à 900 habitants, situé au N.-N.-E. de Mazatlan, dans de bonnes conditions hygiéniques. Il n'y existe pas de registres de l'état civil et Poncet a été obligé de prendre ses renseignements auprès des personnes adultes. Il a donné ainsi une généalogie très-complète de la famille Osuna. Pour se faire une idée de la consanguinité il suppose que le premier Osuna, marié à une femme étrangère à sa famille n'a donné à ses enfants que la moitié du sang Osuna. Ceux-ci ne donnent donc à leur progéniture que le huitième du sang paternel. Poncet en arrive ainsi à calculer la quantité de sang Osuna qui est dévolue aux produits des unions consanguines. Tout cela serait vrai, s'il était démontré qu'un père transmet toujours à ses enfants la moitié de son sang. Il faut donc se méfier du langage figuré.

Voyons les résultats. Nicolas Osuna a 12 fils, ceux-ci en ont 102, ces derniers en ont 276, ce qui donne un total de 390 individus à la 3e génération. Il y a eu 28 unions consanguines qui auraient, dans 17 cas, présenté les conséquences suivantes signalées comme fâcheuses.

Ainsi, Poncet dit que ces familles atteintes de consanguinité ont seules présenté des exemples de stérilité. Et cependant elles ont été très-fécondes. Sur les 29 observations données avec détail, nous arrivons à un total de 113 enfants (6 cas de stérilité, 1 cas de 10, 1 de 12, 1 de 13, 1 de 20). Au résumé, c'est une moyenne de près de 4 enfants par couple. C'est donc un chiffre satisfaisant.

En outre, il y a eu, dit-il, une mortalité exagérée des enfants. Mais notons que ces métis sont sujets à la scrofule et au rachitisme, et l'auteur les compare aux Indiens, qui, dans

les mêmes parages se reproduisent parfaitement et sont bien constitués. Il aurait donc fallu faire entrer en ligne de compte les qualités de la race. D'ailleurs, il n'a relevé que bien peu de vices de conformation : 3 sourds-muets, 1 épileptique, 1 goîtreux-crétin. Le travail si intéressant de Poncet ne nous paraît pas démontrer, comme le croit notre savant collègue, les conséquences fatales des unions consanguinres.

IX. Opinions des consanguinistes. — Les consanguinistes ont critiqué et discuté les faits précédents tout en s'efforçant d'apporter des observations contraires à celles de leurs adversaires. Il faut encore leur savoir gré d'avoir su dégager la question de tout ce qui pouvait l'embarrasser et qui retardait la solution. Après avoir reconnu la nécessité de l'intervention de la morale et des lois, ils ont constaté que, sans aucun doute, les mariages consanguins étaient assez souvent suivis d'accidents; et que, soit par le fait de la consanguinité répétée, soit à cause des étroites limites dans lesquelles le choix s'exerce, ces accidents sont plus fréquents. Mais ce qu'ils n'ont jamais voulu admettre, et l'interprétation contre laquelle ils ont protesté, c'est que ces mêmes accidents étaient produits non par l'hérédité mais par la consanguinité ; c'est que des conjoints absolument sains, et par cela seuls qu'ils sont parents, vont produire, non pas des enfants bien portants, comme dans les mariages ordinaires, mais des êtres dégénérés, atteints de toutes ces infirmités dont nous avons présenté le tableau dans le chapitre précédent.

M. Bourgeois, en 1859, rechercha dans sa thèse, l'influence des mariages consanguins sur les générations ; il cite l'observation de sa propre famille composée de 416 membres, y compris les alliés. Dans l'espace de 160 ans, tous ces membres issus d'un couple consanguin au troisième degré ont montré 91 alliances fécondes, dont 16 consanguines superposées. Voici quelle est, d'après lui, l'opinion de M. Bouchardat : la consanguinité, même répétée, est sans inconvénient, et doit même produire de bons résultats, si les conjoints sont exempts de tout vice héréditaire, ou mieux encore, doués des meilleures qualités physiques et morales ; mais d'un autre côté, les alliances consanguines sont nécessaire-

ment nuisibles quand elles ont lieu entre sujets affectés de maladies constitutionnelles transmissibles, dont l'intensité s'accroît, non pas seulement par simple addition, ou même par multiplication, mais par une sorte de proportion progressive jusqu'à l'exagération la plus extrême, au moyen de la consanguinité répétée.

Dans l'examen de cette thèse, et dans ses mémoires à la Société d'anthropologie, M. Périer distingue la consanguinité *saine* et la consanguinité *morbide*. C'est cette dernière, entachée de vices héréditaires, c'est-à-dire l'hérédité, qui est responsable des accidents consécutifs aux mariages consanguins. Les dispositions normales ou pathologiques des procréateurs, et non leur degré de parenté, expliquent les effets observés.

A l'Académie des sciences, M. Séguin aîné fit le tableau de 10 alliances de sa propre famille avec celle des Montgolfier. « Je n'ai jamais appris, dit-il, qu'il y eût parmi tous les enfants provenant de ces mariages aucun cas de surdi-mutité, d'hydrocéphalie, de bégaiement, ou de six doigts à la main. » Il en fut de même dans un excellent mémoire publié en Angleterre par le docteur Gilbert N. Child. Voici ses conclusions : les mariages consanguins n'ont aucune tendance, *per se*, à amener la dégradation de la race. Si celle-ci s'altère quelquefois, après ces unions, c'est qu'ils confirment et développent dans les produits, les caractères individuels, physiques ou intellectuels, morbides ou autres des ascendants. Mais pour la santé des enfants à naître, il serait parfois préférable d'épouser sa parente, qu'une étrangère sur la famille de laquelle on n'a aucun renseignement médical. Il pense qu'un médecin, après s'être suffisamment renseigné sur l'histoire hygiénique d'une famille, peut prédire assez exactement les effets d'un mariage consanguin, en ce qui concerne la santé des enfants.

Un des membres les plus distingués de la Société d'anthropologie, le docteur Dally, attaqua avec vivacité les résultats exagérés de Devay et Boudin ; sa critique sévère épura tous les documents, montrant quelle valeur il fallait attacher à des statistiques aventureuses ou à des opinions

exagérées. Simplifiant la question, il exclut des recherches anthropologiques sur la consanguinité les faits qui se rattachent aux végétaux et aux animaux ; il n'étudie que les mariages légitimes entre cousins collatéraux, et non entre ascendants directs et parents au premier degré, et dégageant toute considération de police domestique ou de morale, il recherche si les faits produits confirment ou infirment la théorie des dangers de la consanguinité saine en la distinguant de la consanguinité morbide.

M. Dally apporte, après MM. Bourgeois, Séguin, Lagneu, de nombreux faits favorables à la consanguinité saine. Dans une famille, depuis 150 ans, 5 générations se sont mariées entre consanguins (cousins germains, des filles de cousins germains ont épousé leurs oncles) : chaque ménage a eu en moyenne de 3 à 4 enfants, soit un total de 120 à 140 rejetons. Pas d'infirmités. Il faut cependant bien reconnaître que c'est surtout dans ces cas de consanguinité superposée que celle-ci devrait concentrer ses funestes effets dans toute sa puissance.

C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les petites localités isolées, dans les petits ports de pêcheurs des côtés de France où la population maritime vit dans le voisinage d'une population agricole sans jamais s'allier à elle. « Paulliac, dit le docteur Ferrier, compte 1,700 habitants, la plupart sont des marins robustes, vigoureux et bien constitués ; les femmes sont renommées pour la beauté et la fraîcheur de leur teint, il n'y a peut-être pas de localités en France où les mariages entre consanguins soient plus fréquents, et où les cas d'exemptions militaires soient plus rares. » C'est aussi ce qui se passe à Granville, à Arromanches, au Portel près Boulogne, où les pêcheurs s'allient toujours entre eux et ne contractent jamais alliance avec les *terriers* ou les *bergers*. La commune de Batz, dans la Loire-Inférieure, composée de 3,000 habitants, a été visitée par le docteur Voisin qui a spécialement recherché les conséquences produites par des mariages fréquemment répétés entre les parents d'une dizaine de familles. « Depuis longtemps, les habitants du bourg se marient entre eux, sauf de très-rares exceptions.

C'est dans le pays un titre de noblesse d'être du bourg de Batz, et il est rare de voir des unions avec les gens du Croisic et du Pouligien. Les habitants de Batz sont ou sauniers ou paludiers, et passent leur existence en plein air, près de la mer, dans des marais salins ; leur industrie est la préparation du sel, femmes et hommes sont très-robustes, de haute taille et d'une belle santé. Leurs conditions hygiéniques sont du reste admirables et la misère est inconnue dans ce pays... Il est fort peu d'habitants qui soient parents au delà du sixième degré ; pour la plupart d'entre eux la parenté est du troisième au cinquième degré ; les enfants sont nombreux, de 2 à 8 par mariage. » De semblables observations faites à Gaust, dans les Pyrénées, par M. Gubler ; à Uchizi, près Mâcon, et à Saint-Martin d'Auxigny (près Bourges) par M. Périer, prouvent incontestablement que l'on a dû exagérer les conséquences des mariages entre parents, puisque, lorsqu'il est permis d'étudier une population pour laquelle ces unions sont la règle, on ne voit pas toutes ces infirmités se produire.

M. Dally arrive à ces conclusions : sans doute, on a pu recueillir en France des observations de mariage entre consanguins, dont les enfants ont été atteints d'infirmités. « Mais on ne voit pas pourquoi les enfants issus de consanguins échapperaient aux accidents qui peuvent atteindre tous les enfants. Pour 6 sourds-muets de la première catégorie, qui sont ou ont été pensionnaires à l'Institution de Paris, on en compte 315 qui proviennent de mariages entre individus sans aucun lien de parenté entre eux.... Tandis que les faits morbides portés à la charge des unions consaguines, ne prouvent rien contre ces unions, parce qu'ils peuvent être dus à d'autres causes que la consanguinité ; les faits de consanguinité collectifs ou isolés prouvent au moins que les dangers annoncés ne sont pas, et un seul fait de cette nature constaté pour une longue période réfute complétement l'opinion anticonsanguiniste. En conséquence, dans l'état actuel de la science et au point de vue physiologique, on n'est pas autorisé à blâmer les mariages entre cousins germains ; c'est une question de savoir s'il pourrait être utile de les conseiller, aujourd'hui

que la dissémination des familles rend les conditions morales et domestiques fort différentes de ce qu'elles étaient autrefois ; car si, d'un côté tout porte à croire que la consanguinité saine est favorable au produit, il se pourrait que la consanguinité morbide lui fût défavorable. »

Ce qui prouve que tous ces faits obéissent à une loi générale, c'est qu'ils produisent les mêmes effets dans la race noire. Voici ce que raconte le docteur Thibault, dans les *Archives de médecine navale* (1864, t. I, p. 310) : En 1849, mourait à Widah (royaume de Dahomey) un traitant portugais nommé Da Souza, bien connu de tous les navigateurs qui ont traversé la côte occidentale d'Afrique. Personnage important dans le pays qu'il habitait depuis nombre d'années, Da Souza avait acquis une grande fortune par la traite des nègres. A sa mort, il laissait après lui une centaine d'enfants issus de 400 femmes enfermées dans son harem. La politique ombrageuse des rois de Dahomey, hostile à l'établissement d'une race métis, a parqué cette nombreuse progéniture dans une enceinte particulière (Salan) sous l'autorité d'un des fils de Da Souza. Mal vus dans le pays, surveillés par les agents du roi, le plus despotique de tous les monarques de la terre, ces métis ne peuvent s'unir qu'entre eux, ou pour mieux dire, ils vivent dans la plus honteuse promiscuité. En 1863, on comptait des enfants de la troisième génération ; la couleur de leur peau revenait rapidement au noir foncé, tout en conservant quelques-uns des traits de l'Européen, leur ancêtre. Nous avons pu constater par nous-même que, parmi tous ces descendants de Da Souza, formant entre eux des unions aux degrés de parenté les plus proches et les plus monstrueux même, il n'y avait ni sourds-muets, ni aveugles, ni crétins, ni infirmes de naissance. Il est vrai de dire que ce troupeau humain va en décroissant, et qu'il est menacé probablement d'une extinction prochaine, la misère, la débauche et la syphilis coopérant à sa destruction.

Dans son *Anthropologie*, Paul Topinard arrive à de semblables conclusions : Les chances de fécondation sont d'autant plus grandes entre deux individus que leurs races sont plus rapprochées. Donc, dans une même tribu ou dans une

même famille, les plus proches doivent être les plus féconds. On doit différencier la quantité et la qualité du produit. Pour le *in and in*, et avec de beaux sujets, entre proches parents, on a bientôt de beaux résultats, mais les éleveurs savent que bientôt la fécondité diminue et qu'elle s'éteint si on n'a recours « à des croisements étrangers pour retremper en quelque sorte la race. Fécondité extrême et supériorité de races seraient donc deux termes contradictoires : ce qui consolera ceux qui prétendent, mais à tort, que la fécondité des Français diminue. » Puis, il cite l'exemple des Todas et des Nilghiris qui se marient tous entre eux et sont parents à tous les degrés les plus enchevêtrés, et cependant, depuis un nombre inconnu de siècles, la race se maintient une des plus belles de l'Inde.

Une statistique toute récente du docteur Saint-Martin, de Madrid, publiée par l'*Union médicale* (6 juin 1876), montre que si ces mariages ont une influence quelconque, les inconvénients sont médiocres. Sur 161 mariages consanguins, 12 sont sans enfants ; les 149 autres en on eu 551, dont 300 bien portants, 236 morts et 15 malades. Parmi ces derniers : 5 sont sourds-muets, 2 idiots, 5 scrofuleux, rachitiques ou tuberculeux, et 2 hémiplégiques.

Dans cette revue générale des mariages consanguins chez les différents peuples, il ne faut pas oublier de mentionner les Chinois, chez lesquels de semblables unions sont interdites. Boudin les cite comme un puissant argument à sa thèse, parce que, d'après M. Brown qui a résidé plusieurs années en Chine, la surdi-mutité n'existe pas dans ce pays, où il n'a pu voir un individu atteint de cette infirmité. Certainement ce fait a une grande importance, et il faut lui donner sa véritable interprétation.

Le peuple chinois est une société astrolatrique très-perfectionnée sans doute, mais dans laquelle on doit retrouver les principaux traits qui caractérisent toute collectivité fétichique. C'est ce qu'a parfaitement montré M. P. Laffitte. Ne croyant ni aux dieux, ni à l'immortalité de l'âme, ils ont le culte des ancêtres, et dans leur lente évolution, ils n'ont perfectionné que la vie de famille. Si l'on ne tient pas compte des Mongols et des Mantchoux, il n'y a que cent noms de

famille pour l'immense population de la Chine. D'après la tradition, dit M. Hervey-Saint-Denis, 100 colons venus du nord-ouest, plus de trois mille ans avant notre ère, furent les véritables ancêtres du peuple chinois. Le nom de chacune de ces tribus guerrières s'est perpétué par ceux de sa race sans qu'aucun sang étranger s'y mêlât. C'est pour cela que les Chinois se désignent sous ce nom : *les cent familles*, et défendent comme incestueux le mariage entre personnes portant le même nom.

Le Père du Halde, auteur d'un livre très-intéressant sur la Chine, fait de la famille chinoise un tableau où nous retrouvons les principaux traits du début des sociétés grecques et romaines. Un père doit marier tous ses enfants, le fils manque à ses devoirs s'il ne laisse pas une postérité qui perpétue sa famille ; le frère aîné doit élever ses cadets et les marier, parce que si la famille venait à s'éteindre par leur faute, les ancêtres seraient privés des honneurs et des devoirs que les descendants doivent leur rendre. Mais les enfants ne sont pas consultés : le père ou le plus proche parent choisit l'épouse. C'est encore pour ne pas manquer de postérité, qu'il est permis, d'après les lois, de prendre des concubines, outre la femme légitime. Mais ces concubines sont subordonnées à la première, qui est la seule maîtresse de la maison et la seule à laquelle les enfants donnent le nom de mère.

Parmi les empêchements au mariage, le Père du Halde cite les personnes qui sont d'une même famille ou qui portent le même nom, quelque éloigné que soit leur degré d'affinité. Ainsi les lois ne permettent pas à deux frères d'épouser les deux sœurs, ni à un homme veuf de marier son fils avec la fille de la veuve qu'il épouse. Nous croyons que ce perfectionnement de la famille est la caractéristique d'une société fétichique, restant sédentaire, tout en prenant les aptitudes d'une collectivité guerrière.

Notre collègue, M. le docteur Martin, qui a longtemps habité la Chine et auquel toutes ces questions sont familières, a bien voulu nous remettre une petite note sur ce sujet. Nous en extrayons un passage concernant les empêchements

légaux des mariages consanguins et la fréquence de la surdi-mutité dans le Céleste Empire : « Je crois qu'il est difficile de scruter la pensée du législateur. Quant à moi, je ne vois là qu'une barrière apportée à l'abus. C'est en un mot une prohibition d'ordre moral. Mais il est difficile d'y voir une prescription d'hygiène se rattachant aux conséquences qu'une doctrine moderne a voulu faire découler des unions consanguines.

« La rareté des difformités chez les Chinois est un fait incontestable. Mais les enfants qui naissent dans de mauvaises conditions, et dont beaucoup seraient traités et guéris ou tout au moins rendus à des conditions compatibles avec la vie, sont chez les Chinois presque fatalement voués à la mort. La surdi-mutité existe chez eux, malgré l'assertion contraire émise par certains auteurs. »

Critique et appréciation générale. — On reconnaîtra, nous l'espérons, les efforts que nous avons faits dans les chapitres précédents pour exposer avec impartialité les arguments ou les preuves fournis par les deux camps opposés. Nous avons voulu les montrer d'abord, nous réservant de donner ensuite nos appréciations. Notre critique sera plus juste, puisque nous voulons sans parti pris demander aux faits seuls leur véritable interprétation.

Que faut-il d'abord reconnaître ? C'est que, si certaines infirmités se montrent plus fréquemment chez des enfants nés de mariages consanguins, il est bien avéré que la consanguinité n'est pas la cause unique de ces infirmités elles-mêmes. Tous les faits publiés par les auteurs sont vrais, incontestables, ils existent ; mais nous croyons qu'ils sont susceptibles de la même explication, et qu'il est possible de concilier les opinions si radicalement opposées des consanguinistes et des anticonsanguinistes.

Les uns et les autres ont eu le tort, d'après nous, de relever les faits qui se présentaient accidentellement à leur observation pour en conclure que les mariages consanguins étaient bienfaisants ou dangereux. Nous pouvons le dire : tous les documents de cet ordre, ainsi rassemblés, n'ont aucune valeur. Il n'en est pas ainsi pour les faits accueillis par

MM. Mitchell, Dally, Voisin, Poncet, Bourgeois, Thibault, Ferrier, etc... C'est que ces médecins n'ont pas étudié tel ou tel ménage, mais leur attention s'est portée sur un groupe social, sur une collectivité humaine, ce qui est incontestablement la seule façon logique de résoudre les problèmes sociaux.

Nous proposons de démontrer que la consanguinité donne toujours la mesure de l'état physiologique d'un milieu social. Elle n'offre aucun danger, bien au contraire, dans les races pures, elle y favorise même la transmission des meilleures qualités physiques et morales. C'est ce qui ressort de certains faits observés par Mitchell, Voisin, Ferrier, sur les habitants de petites îles d'Ecosse ou parmi des populations maritimes, et qui montrent toujours des individus vivant dans de bonnes conditions puisqu'ils restent sains et vigoureux. Mais dans la population des villes, dans les familles atteintes par la vie moderne, qu'elles appartiennent aux classes ouvrières, bourgeoises ou aristocratiques, on peut voir les dangers de la consanguinité s'accentuer de plus en plus. Ce n'est pas la consanguinité qui est saine ou morbide, c'est le terrain sur lequel elle se produit. Il y a une consanguinité de milieu social sain et une consanguinité dans un milieu social pathologique. Les faits de tout ordre que nous allons maintenant exposer justifieront pleinement notre manière de voir.

Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion un peu exagérée de certains naturalistes, tels que Darwin et M. Faivre, qui se sont fondés sur la nécessité des fécondations croisées dans les plantes de même espèce pour conclure au croisement des races dans l'espèce humaine. Ces recherches, utiles sans doute au point de vue de la biologie générale, n'ont qu'une bien faible analogie avec notre sujet. Les opinions des zootechniciens au contraire méritent d'être mûrement examinées. Nous avons exposé, avec les développements qu'elles méritaient, les idées de Sanson. Elles ont trouvé des contradicteurs parmi un certain nombre de savants vétérinaires, agronomes ou éleveurs, tels que MM. Magne (d'Alfort), Gourdon, Godron, Aubé Richard (du Cantal), Gronier, etc.

Ainsi, voici ce que dit M. Magne, dans son mémoire à l'Académie de médecine : « La consanguinité agit plus promptement et exerce des effets plus sensibles sur l'homme que sur les animaux ; l'organisation à certains égards plus simple de ces derniers explique en partie les différences que nous observons à la suite des unions entre parents. Les affections communes à l'espèce humaine et aux espèces domestiques qui se montrent après les mariages consanguins sur l'homme, se montrent aussi sur les animaux après les accouplements du même genre. Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire si la consanguinité agit en altérant ou seulement en facilitant la transmission des maladies et des vices de conformation. Mais en raison des causes de maladies si nombreuses et si variées auxquelles sont soumis les hommes et les animaux. Les unions croisées sont toujours nécessaires pour maintenir la santé, et elles sont souvent utiles dans les animaux pour conserver les qualités produites par la domesticité. »

M. Gourdon résumait ainsi sa note à l'Académie des sciences : La consanguinité n'est nullement, ainsi qu'on l'avance par une interprétation forcée de ce qui se passe chez les animaux domestiques, une pratique favorable en elle-même, ou tout au moins sans danger. Loin de là. Elle est pour toutes les espèces une cause d'abâtardissement et de déchéance. Il est quelquefois utile d'y recourir comme à un mal nécessaire que l'on subit en vue d'un intérêt supérieur ; mais cela n'atténue en rien ses inconvénients auxquels on remédie en faisant cesser les unions aussitôt que ne s'en fait pas sentir la nécessité absolue.

M. Devay prête à M. de Quatrefages une phrase très-importante et tout à fait caractéristique : « Si les lois de l'hérédité étaient mieux connues, on ne verrait pas surtout persister l'étrange engouement dont le *cheval pur sang*, le *cheval de course* anglais est l'objet de la part de ceux qui veulent régénérer nos races chevalines dans un intérêt d'utilité publique. Cette race toute artificielle a été créée en vue d'un but unique qu'elle atteint admirablement. On lui demande de dépenser le plus de forces possibles dans le moins

de temps possible. Par cela même, elle est absolument impropre à rendre les services qui exigent des efforts soutenus pendant un temps considérables. Or, l'étalon pur sang ne transmet pas à son poulain sa force seule ; il lui transmet aussi sa manière de dépenser cette force, sa délicatesse, son irritabilité nerveuse. »

Mais tout cela s'explique très-bien par ce que nous avons dit de l'hérédité. La génération ne crée pas, mais transmet un perfectionnement. La consanguinité rend à peu près certaine l'hérédité, puisque les deux procréateurs ont une influence atavique semblable et la même disposition organique. Il y a transmission des formes, des aptitudes normales ou morbides, c'est-à-dire d'un système nerveux dont l'influence trophique, motrice ou autre reproduit d'une manière plus manifeste les qualités ou les défauts des procréateurs. Il arrivera ainsi nécessairement que si les modifications que l'on cherche à perpétuer dans une race animale atteignent le système nerveux central dans ses parties essentielles, elle le frappent de déchéance, d'où diminution dans la faculté de reproduction et même stérilité. Dans l'ordre que nous avons énuméré précédemment, la transmission des qualités d'intelligence, d'activité, des instincts, des tissus à pigmentation surtout, se fera très-bien dans les accouplements consanguins chez les animaux, mais dès que les modifications porteront sur les formes, la structure, la nutrition et les tissus, c'est-à-dire la vie animale et végétative, les dangers de ces mêmes unions iront en augmentant. La consanguinité n'a donc pas une influence bienfaisante, ou malfaisante, elle ne permet, dans ces cas, que la transmission d'un système nerveux radicalement mauvais.

Passons maintenant à différents goupes sociaux :

On a cité les Juifs, les races maudites, et tour à tour ces collectivités humaines ont servi d'arguments aux adversaires ou aux défenseurs des unions consanguines. Il a été plus facile de montrer l'exagération des opinions de Devay que de celles de Boudin et Liebreich. Dans sa *Géographie médicale*, le savant médecin en chef de Saint-Martin avait montré le cosmopolitisme des Juifs, leur remarquable adaptation à

tous les climats et à toutes les latitudes. Aussi n'a-t-il jamais soutenu que la race juive ait dégénéré dans son ensemble. Il a essayé de prouver que la fréquence des mariages consanguins rendait plus nombreuses certaines infirmités, telles que la surdi-mutité, l'aliénation mentale. Pour ce qui est de la rétinite tigrée, la question est plus discutable, d'après nous, qui croyons que la consanguinité ne peut que favoriser la transmission des tissus à pigmentation. Quant à la transmission des aptitudes et des qualités morales, on conviendra facilmente que la race juive confirme tout à fait notre manière de voir.

Devay avait cru trouver une nouvelle confirmation de sa doctrine dans les races maudites de la France et de l'Espagne. On a ainsi désigné les *Cagots* des Pyrénées, les *Vaqueros* des Asturies, les *Colliberts* du Bas-Poitou, les *Marrans Marrons* de l'Auvergne. MM. Francisque Michel (*Races maudites*, etc., 2 vol., 1847), Cordier et Auzouy (*Bulletin de la Société d'anth.*, 1867) les ont étudiées et ont nié leur dégradation physique et morale. M. Franscisque Michel ne croit pas à leur déchéance organique et reconnaît tout au plus aux Cagots « un peu de longueur du lobe auriculaire. » Il faut avouer que c'est là un danger peu grave dans des races saturées pour ainsi dire de consanguinité.

Il en est de même pour la prétendue dégénérescence des familles royales et aristocratiques que l'on a voulu attribuer exclusivement aux alliances entre parents. Il est certain que la plupart des anciennes familles historiques d'une partie de l'Europe ont cessé depuis longtemps d'exister. Les familles nobles, dont l'origine remonte à des temps éloignés, ont continué jusqu'à nous leur nom, mais non pas leur lignée, grâce à toutes sortes de fictions et surtout à l'aide d'alliances avec les familles étrangères. Pour l'expliquer, on a dit que les nobles se mariaient entre eux, ce qui finissait par produire la ruine des familles. C'est ce qu'avait prétendu Niebuhr dans son *Histoire romaine* : « Toute aristocratie qui se renferme en elle-même sans remplacer les maisons qui s'éteignent se consume et meurt ; si elle est sévère sur l'égalité des mariages, cela se fait avec une grande rapidité. » Benoiston de

Châteauneuf, dans son *Mémoire sur la durée des familles nobles de France*, montre que ces unions ont été très-fécondes et que, d'ailleurs, elle n'ont produit ni affaiblissement de la force physique ni diminution de l'énergie morale. Bien d'autres causes permettent d'expliquer l'extinction des grandes familles, parmi lesquelles Benoiston cite les unions avec les autres classes de la société. D'ailleurs, avec le cours des siècles ces susdites mésalliances devinrent fréquentes, et, dans tous les pays, la noblesse mêla son sang à celui des plus vils roturiers. Un moine de Venise, Fra Paolo, conseilla même au gouvernement de les encourager : « Tolérez les mariages des nobles avec les filles plébéiennes. Il y a un double avantage : on prive le peuple de toutes ses richesses, sans violences, et on fait servir à relever une grande maison le travail de plusieurs générations de plébéiens. » Cette dégénération des familles nobles s'explique bien mieux par le dépérissement des mœurs. Lorsque la noblesse a, dans un généreux et dernier élan, renoncé à ses priviléges dans la nuit du 4 août, elle avait perdu depuis longtemps les caractères physiques et les qualités morales qui l'avaient placée et maintenue pendant tant de siècles à la tête du pays. « Quand les races sont dégénérées, dit très-heureusement Benoiston de Châteauneuf, le croisement peut leur redonner ce qu'elles ont perdu, telles que les formes, les qualités, un caractère nouveau, mais il ne leur restitue pas aussitôt les conditions primitives. Il les modifie et les change ; ce sont les climats, la nourriture, les mœurs qui les conservent. »

Tous ces exemples prouvent bien ce que nous cherchons à démontrer, que c'est le milieu social sain ou pathologique qui rend la consanguinité saine ou morbide. Quant aux observations isolées présentées par les praticiens et données comme preuves des dangers de pareilles unions, il ne faut les accepter qu'avec la plus grande réserve, si elles ne sont pas accompagnées des détails les plus circonstanciés. Il faut, en effet, tenir compte de tous les éléments qui peuvent intervenir et influencer les procréateurs avant ou après la conception : — l'âge des époux était-il convenable, — la conception s'est-elle faite dans de bonnes conditions physiques ou

morales, — la mère ou le fœtus n'ont-ils pas éprouvé de maladies, etc., etc. Comme le dit très-bien M. J. Falret : « Pour conclure légitimement par exclusion à l'influence réelle de la consanguinité des parents comme cause d'infirmités ou de maladies spéciales chez les descendants, il faudrait d'abord avoir éliminé toutes les autres causes physiques ou morales qui, chez les parents ou chez les enfants, pourraient rendre compte de la production de ces maladies, de ces monstruosités ou de ces anomalies d'organisation. » Puis, si l'on veut tenir compte jusqu'au quatrième degré des descendants et rechercher ce qui se passe dans la troisième ou quatrième génération de deux époux consanguins, on étend et l'on peut éclaircir le problème, mais on le complique en même temps. On pourrait, pour des raisons semblables, remonter des descendants aux ascendants, ainsi que l'a conseillé M. de Ranse. Mais ces renseignements généalogiques sont rarement précis, et cependant ils donneraient parfois la véritable explication. Dans la thèse de M. Loubrieu, sur les causes de la surdi-mutité, on trouve un exemple fort remarquable d'hérédité pathologique : une famille présentait quatre sourds-muets, en 1868, mais le père du trisaïeul, garde-forestier sous Louis XV, avait été atteint d'aliénation mentale.

Ces différentes considérations montrent que l'on ne peut comparer scientifiquement des observations si elles n'ont pas été prises dans des conditions identiques. Aussi nous croyons qu'il ne faut attacher aucune importance à la statistique de M. Loubrieu, qui prend d'un côté quarante-trois cas de surdi-mutité, issus de pères et mères consanguins, et quarante-trois cas dans lesquels il n'existe aucun lien de parenté entre le père et la mère. Il a recueilli, dit-il, les observations des élèves de première et de deuxième année de l'Institution de Paris en 1862 (??).

1° Les 43 mariages consanguins ont produit 181 enfants, dont 27 morts en bas âge ; 71 sourds-muets (61 de naissance, 10 après la naissance), 83 entendent et parlent.

2° Les 43 ménages dans lesquels les conjoints étaient étrangers ont produit 162 enfants, dont 18 morts en bas âge ; 52 sourds-muets (19 de naissance, 33 après la naissance), 94

entendent et parlent. M. Loubrieu en conclut que les sourds-muets de naissance seraient trois fois plus nombreux dans les mariages entre consanguins que dans les mariages entre étrangers. Nous ne pouvons admettre ce résultat, que s'il est possible de démontrer que les observations ont été prises dans des conditions absolument semblables. Nous savons trop combien tous les spécialistes ont insisté sur les difficultés que présente le diagnostic de cette infirmité dans les premiers mois de la vie. Les nombreuses causes, qui, à cet âge, peuvent déterminer l'affection, sont méconnues des parents. Plus tard, jusqu'à l'âge de six et même de huit ans, on a vu des enfants devenir muets parce qu'ils ont perdu l'ouïe, mais il a été plus facile de reconnaître la maladie générale ou locale qui a altéré l'organe de l'audition.

D'après M. Ladreit de Lacharrière, sur 100 sourds-muets, 79 ont été atteints de cette infirmité, après la naissance, pour une cause ou une autre ; les 21 autres cas peuvent être mis sur le compte de la surdi-mutité congénitale ou d'une cause qui a échappé à l'observation des parents ou du médecin.

Ces difficultés de la question ont été utilisées par les anti-consanguinistes qui se sont attachés à prouver l'influence des mariages entre parents sur la surdi-mutité *congénitale*... Nous avons voulu, à notre tour, apporter quelques éclaircissements, et à l'exemple de MM. Boudin, Dally et Loubrieu, nous nous sommes adressés à l'Institut des sourds-muets. Grâce au bienveillant accueil du savant médecin en chef de cet établissement, M. le docteur Ladreit de Lacharrière, qui a mis gracieusement à notre disposition les notes qu'il avait recueillies sur chaque pensionnaire, nous sommes arrivés aux résultats suivants:

Depuis 1867 jusqu'à ce jour, il est entré à l'Institution 197 enfants. Sur ce total 107 ont été déclarés sourds de naissance, « mais un certain nombre d'entre eux portent des traces d'affections des oreilles qui pourraient s'être produites dans les premiers mois de la vie. »

Sur ce nombre de 107, nous trouvons 17 enfants nés de mariages consanguins. Les voici :

1° Cas..... : parents cousins germains ; — 9 enfants ; 4 sourds-muets.

2° Ba..... : parents cousins au quatrième degré ; — altération des oreilles pendant la vie utérine.

3° La..... : parents cousins issus de germains ; — un frère mort de convulsions également sourd-muet.

4° Gi..... : parents cousins issus de germains : — un frère mort de convulsions également sourd-muet.

5° Be..... : parents cousins au quatrième degré.

6° Be..... : parents cousins issus de germains ; — 6 enfants, 3 sourds-muets, surdité dans la famille.

7° Da..... : parents cousins germains ; — traces d'affections de la caisse.

8° Cu..... : parents cousins germains ; — rétinite pigmentaire.

9° Mo..... : parents cousins au troisième degré ; — 2 sourds-muets et 5 entendants.

10° La..... : parents cousins germains.

11° Al..... : parents cousins germains ; — 3 sourds-muets, deux garçons et une fille.

12° Gi..... : parents cousins germains.

13° Li..... : parents cousins germains ; — 6 enfants, 2 sourds-muets.

14° Su..... : parents issus de germains ; — 3 enfants, 1 seul sourd-muet.

15° Pe..... : grands-parents cousins germains.

16° Tr..... : parents issus de germains.

17° Vi..... : parents issus de germains.

Nous avons un dix-huitième cas à ajouter, afin de ne pas omettre toutes les observations où la consanguinité a été constatée, c'est : De..... devenu sourd-muet à deux ans après une chorée, et dont les grands-pères paternel et maternel étaient cousins germains.

En résumé, chez 18 familles, il y avait une consanguinité plus ou moins rapprochée, chez 9 d'entre elles les parents étaient cousins germains. Les résultats généraux précédents inspirent à M. Ladreit de Lacharrière les réflexions suivantes : « D'après les chiffres ci-dessus, les surdités acquises seraient de 50 0/0 sur les surdités de naissance. Cette proportion est au-dessous de la vérité. Dans ma pensée, elle

est de 75 et même de 79 0/0, comme je l'ai dit. Il est souvent très-difficile de déterminer si une maladie de l'oreille est congénitale ou acquise, et les altérations peuvent avoir pour siége le labyrinthe, ce qui ne laisse aucune trace et ne permet pas de se prononcer. La proportion des familles dans lesquelles il y a de la consanguinité me paraît aussi exagérée si on ne fait que lire les chiffres ci-dessus. Il y a certainement un plus ou moins grand nombre des enfants de ces familles qui ont des surdités acquises. Cependant il y a quelques familles telles que C....., Be....., Al....; pour lesquelles l'action de la consanguinité paraît incontestable. » Nous arrivons ainsi à une statistique convenablement faite, qui sans vouloir nier l'influence de la consanguinité la met en rapport avec les faits observés. Sur 197 cas, il y en a 3 seulement dans lesquels on peut certainement accuser l'influence de la consanguinité.

Telle est, croyons, réduite à ses véritables proportions, la question des rapports de la consanguinité avec la surdi-mutité congénitale.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA MORT DÉTERMINÉE PAR LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE,

par le Dr **Guerder** (de Longwy).

CHAPITRE PREMIER.

En dépit des progrès continuels de la science, il existe encore dans le public un grand nombre de préjugés pour tout ce qui concerne la médecine.

Mais il en est un que nous avons surtout eu l'occasion de combattre fréquemment dans notre pratique et que nous croyons d'autant plus grave que la grande majorité des médecins le partage avec le public; c'est celui qui consiste à considérer les écoulements récents ou chroniques des oreilles comme ne présentant aucune importance ou même

comme un émonctoire salutaire qu'il faut respecter. Nous avons trouvé ce préjugé tellement enraciné que, quand nous proposions aux malades ou à leurs parents de traiter cette affection, nous avons toujours rencontré, de la part des plus intelligents, une répugnance plus ou moins vive, de la part des autres, un refus catégorique.

Beaucoup nous disaient que d'autres médecins leur avaient conseillé de laisser cet écoulement et de ne rien tenter pour le tarir.

Pour qu'un préjugé soit aussi enraciné, pour qu'il soit partagé par des hommes de l'art d'une valeur considérable d'ailleurs, il faut qu'il prenne sa source dans des apparences qui, si trompeuses qu'elles soient, en imposent à des praticiens très-autorisés.

Cette source vient, d'une part, du défaut de connaissances suffisantes de la généralité des médecins pour tout ce qui concerne la pathologie de l'organe de l'ouïe, et d'autre part, de la marche des suppurations chroniques de cet organe.

L'otologie, qui, dans ces vingt dernières années, a fait des progrès si remarquables à l'étranger, est encore bien dédaignée en France, et n'a point de place dans l'enseignement officiel. Il n'en est pas ainsi à l'étranger, en Angleterre, en Allemagne où de nombreux savants distingués se livrent à l'étude de cette branche si intéressante de la chirurgie, et où les publications périodiques, les travaux originaux éclosent de toute part.

Si nous envisageons maintenant le développement et la marche des inflammations de l'oreille, que voyons-nous?

A la suite d'un refroidissement ou d'une autre cause, un malade est pris de douleurs violentes dans une oreille; des phénomènes généraux graves l'accompagnent: le malade s'agite, délire, est pris de vomissements et d'une fièvre intense; on est inquiet pour ses jours. Puis, au bout d'un temps variant généralement de trois à huit jours, il s'écoule tout à coup, pendant que le malade tousse ou éternue, un flot de pus sanguinolent par cette oreille; aussitôt le malade est soulagé, les symptômes inquiétants disparaissent comme par enchantement, et au bout de peu temps, il est rétabli,

sauf que, presque toujours, il persiste un écoulement purulent par cette oreille avec une perforation du tympan.

Cet écoulement, s'il n'est pas convenablement traité, s'éternisera; l'inflammation, envahissant de proche en proche, atteindra les parois osseuses; les osselets s'élimineront, l'oreille interne sera atteinte à son tour, et une surdité irrémédiable, une paralysie faciale en seront la conséquence. Cette triste infirmité n'est cependant pas encore l'accident le plus fâcheux. Un jour ce malade prendra un nouveau refroidissement, fera un repas trop copieux, se livrera à quelques libations; ou bien un polype se sera développé dans son oreille, les produits de la suppuration se seront concrétés et obstrueront le conduit : qu'arrivera-t-il? L'écoulement habituel s'arrêtera, soit par effet mécanique, soit que l'inflammation remontant à l'état aigu ait tari provisoirement la suppuration. Aussitôt toute la scène du début de sa maladie reparaîtra, ira en s'aggravant jusqu'à la mort, ou bien l'écoulement renaîtra plus abondant que jamais et le malade se croira de nouveau guéri. Pareils phénomènes peuvent se reproduire chez le même malade nombre de fois, jusqu'à ce que, la carie continuant son office destructeur, il succombe enfin à quelque lésion de l'encéphale ou autre.

Mais le malade est loin de croire à de pareilles éventualités, il a toujours vu ses souffrances se reproduire quand l'écoulement s'arrêtait et disparaître quand il revenait, et il considère comme étant de son plus grand intérêt de le conserver. Le médecin qui l'a assisté, mais qui n'a jamais examiné son oreille, partage son avis, confondant la cause avec l'effet et se rabattant sur quelque métastase.

C'est pour réagir contre ce préjugé si funeste, pour montrer de près les dangers que courent les gens qui sont atteints d'otorrhées, que nous avons entrepris ce travail. Les éléments ne manquent pas et on peut être effrayé à juste titre de voir quel nombre considérable d'observations ont été publiées en si peu de temps à l'étranger.

Cela ne tient nullement à ce que la maladie y est plus fréquente qu'en France, mais à ce qu'on y porte plus d'attention. Ces connaissances y sont vulgarisées depuis longtemps

et à tel point qu'en Angleterre une compagnie d'assurances sur la vie ne signerait pas un contrat avec un client atteint d'une otorrhée.

L'otorrhée n'est point une maladie, mais le symptôme de lésions très-variables de l'oreille externe et moyenne, et c'est la nature de ces lésions qui en constitue la gravité. Mais avant d'aborder leur description et celle des complications mortelles qui en sont la suite, nous croyons nécessaire de rappeler brièvement quelques dispositions anatomiques de la caisse du tympan. Ce sont les rapports si intimes des parois de cette caisse avec des organes très-importants, leur structure spéciale, qui constituent en somme la cause directe de tous ces accidents graves qui sont la conséquence presque inévitable de leur altération.

La caisse du tympan présente six parois :

1° La paroi inférieure, qui est en rapport direct avec le golfe de la veine jugulaire. Cette paroi disposée en gouttière, située à un niveau inférieur au bord du tympan est souvent très-mince, perforée de trous vasculaires dont les principaux sont ceux qui donnent passage au rameau de Jacobson et à l'artère tympanique. Elle se trouve donc en communication directe avec la veine jugulaire, avec les nerfs pharyngien et pneumogastrique qui l'accompagnent. Sa déclivité y facilite le séjour du pus, condition des plus favorables à l'ulcération de la muqueuse et à la carie de l'os.

2° La paroi supérieure ou crânienne qui forme la voûte de la caisse et qui correspond à l'union de sa portion écailleuse avec la portion pierreuse du temporal. C'est par cette voûte que l'os se carie le plus souvent, d'après les observations connues jusqu'ici, et que l'inflammation se propage aux méninges et au cerveau. Cette paroi présente donc un grand intérêt. Elle est très-mince et n'a souvent qu'un millimètre d'épaisseur. Chez l'enfant il y existe même une fissure à travers laquelle passent la dure-mère et quelques artérioles. Cette fissure disparaît généralement, mais les communications vasculaires persistent. Cette paroi dépasse en dehors la limite du tympan, s'étend au-dessus du conduit auditif externe, ce qui établit un rapport presque direct entre ce der-

nier et la caisse, et par là avec la cavité crânienne, expliquant ainsi comment les inflammations du conduit externe se propagent si facilement à la caisse et réciproquement. La texture de cette paroi est plutôt celluleuse que compacte; quelquefois elle est amincie au point d'être transparente. Elle est le siége de la gouttière dans laquelle passe le sinus pétreux supérieur, sillon percé de nombreux trous vasculaires par lesquels passent des rameaux de l'artère méningée moyenne.

3° La paroi interne de la caisse qui correspond à l'oreille interne présente l'aqueduc de Fallope, dans lequel passe le nerf facial protégé par une lamelle osseuse extrêmement mince; le vestibule et le limaçon, séparés seulement de la caisse par les fenêtres rondes et ovales. La destruction de ces membranes livre au pus une voie entièrement ouverte jusque dans l'intérieur du crâne sans que la carie des os soit nécessaire.

4° La paroi externe, presque entièrement formée par le tympan, présente moins d'intérêt pour le sujet que nous traitons.

5° La paroi antérieure est très-étroite; elle reçoit l'embouchure interne de la trompe d'Eustache, et présente plus en dehors la fissure de Glaser par laquelle, chez les enfants surtout, l'inflammation peut s'étendre facilement à l'articulation temporo-maxillaire et à la parotide.

La paroi osseuse de la trompe forme en même temps la paroi du canal carotidien, et n'est constituée que par une lamelle osseuse très-mince et souvent même incomplète, traversée par les petits rameaux artériels que la carotide fournit à l'oreille moyenne.

La carie envahit souvent cette région et des ulcérations de la carotide peuvent en être la conséquence.

6° La paroi postérieure de la caisse présente l'ouverture des cellules mastoïdiennes, lesquelles prennent toujours part aux inflammations de la caisse et dont les rapports avec la cavité crânienne sont très-importants. Elles correspondent en effet, par leur paroi interne, à la fosse cérébelleuse, renfermant dans cette paroi le sillon qui loge le sinus latéral, paroi

presque entièrement formée de diploé et percée de nombreux petits trous vasculaires.

Il est étonnant, lorsqu'on étudie ces dispositions anatomiques, lorsqu'on songe à l'extrême fréquence de l'otorrhée, que l'on n'ait pas encore plus souvent occasion d'observer des cas de mort provoqués par cette maladie, soit par méningite, soit par encéphalite par phlébite des sinus, soit par hémorragie, par inflammation de la veine jugulaire ou par une infection purulente générale. Il est très-probable que ces cas sont encore bien plus fréquents qu'on ne le suppose : car, chez l'enfant surtout, l'attention est rarement attirée vers l'oreille en cas de terminaison funeste par l'une ou l'autre de ces terribles complications.

CHAPITRE II.

DES DIFFÉRENTS MODES DE PROPAGATION DE L'INFLAMMATION DE L'OREILLE AUX ORGANES VOISINS.

Cette propagation se fait :

1° *Par l'intensité de l'inflammation de l'oreille.*

Observation I. — Un homme de 23 ans éprouvait de violentes douleurs dans la tête et dans une oreille depuis sept jours. Il survint tout à coup des accidents cérébraux et il mourut le lendemain. A l'autopsie on trouva une injection de l'encéphale et une méningite de la base due à une phlébite du sinus latéral déterminée par un abcès aigu et une inflammation intense de l'os. (*Union médicale*, 1864.)

2° *Par propagation directe de l'inflammation chronique à tout le rocher.*

Observation II. — Hanroy, soldat au 90e de ligne, était atteint depuis son enfance d'une otorrhée droite accompagnée de fréquentes douleurs dans le côté correspondant de la tête. Le 22 mars 1867 il fut atteint d'un refroidissement sous l'influence duquel l'écoulement s'est arrêté ; il éprouva des douleurs extrêmement violentes dans l'oreille et fut en-

voyé à l'hôpital. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'écoulement reparut au bout de deux jours, très-abondant et fétide, ce qui soulagea notablement le malade. Le 30 mars, sans cause apparente, le malade se plaignit tout à coup de douleurs très-vives de la tête; il fut pris de délire, vomissements fréquents; dans la nuit coma, et mort le lendemain.

Autopsie. — Méningite généralisée; du côté droit les méninges qui recouvrent le rocher sont noirâtres, épaissies. En les détachant avec précaution de l'os on trouve sur la face postérieure du rocher une collection purulente de la grosseur d'une noisette. Toute l'étendue de la pyramide présente une teinte rosée, l'os est fortement injecté et plus mou qu'à l'état normal. Le tympan et les osselets sont complétement détruits sauf l'étrier, les fenêtres ronde et ovale ne sont point perforées, la caisse est remplie de pus ainsi que les cellules mastoïdiennes. L'oreille interne est rouge, fortement injectée, mais ne contient pas de pus. Nulle part il n'y a de trace de carie. Le sinus latéral est rempli par un caillot grisâtre entouré de pus et qui paraît déjà ancien (observ. de l'auteur.)

3° *Par propagation de pus à travers l'oreille interne,* sans qu'il y eût de carie, sans même que le tympan soit perforé.

Observation III. — Otite interne chronique, mort par suite d'une méningite de la base sans perforation du tympan et sans carie du rocher. Propagation de la suppuration par la fenêtre ronde et le trou auditif interne.

Une femme de 24 ans avait été atteinte de périmétrite à la suite d'une scarlatine. Malgré la défense de son médecin, elle assista à un repas de baptême à la suite duquel s'arrêta subitement un écoulement de l'oreille gauche qu'elle avait depuis longtemps. Elle rapportait qu'elle était sujette à de fréquents vertiges, à de la dyspepsie et que son haleine était fétide; l'écoulement par l'oreille n'aurait jamais été abondant.

Le jour suivant, symptômes de méningite basilaires qui l'emportèrent en moins de trois jours.

Autopsie. — Méningite purulente à la base du crâne, seulement du côté gauche, le long de la fosse sylvienne ; hydropisie des ventricules. Un pus verdâtre s'échappe par le trou auditif interne ; la veine jugulaire gauche, au niveau du trou jugulaire, présente un gros caillot dur.

Le rocher gauche, que j'ai examiné avec le plus grand soin, présente un tympan très-épaissi, d'un blanc grisâtre, complétement opaque.

Du marteau, on retrouve à peine une partie de la petite apophyse.

Le centre du tympan est fortement attiré en dedans ; la muqueuse de la caisse est très-épaissie, couverte de pus ; les cellules mastoïdiennes ne forment plus qu'une seule cavité ; l'apophyse mastoïde correspond par une large ouverture avec le sinus latéral, mais pas avec le conduit auditif externe. L'ouverture de la trompe est élargie, mais sa muqueuse n'est pas épaissie comme celle de la caisse ; le marteau et l'articulation de l'enclume sont difficiles à mouvoir ; les fibres du tenseur du tympan sont dégénérées et leur struction n'est visible que sur quelques-unes ; son tendon est envahi par du tissu cellulaire de nouvelle formation ; ce même tissu lie le marteau et l'enclume à la paroi supérieure de la caisse par plusieurs fibrilles ; l'étrier est également enclavé dans ce tissu de nouvelle formation qui remplit l'arc circonscrit par ses deux branches. Dans le canal qui conduit à la fenêtre ronde il y a du pus. Cette dernière est presque entièrement détruite. Le vestibule et le limaçon contiennent du pus, de même que le conduit auditif interne ; l'os pétreux est ramolli ; nulle part ailleurs de trace de carie. (Schwartze, *Arch. der ohr.*, 1865.)

Dans ce cas le pus a trouvé longtemps une issue par la trompe d'Eustache, donnant lieu à la fétidité de l'haleine et à la dyspepsie. A la suite du baptême la suppuration avait augmenté, cette issue n'a plus suffi et le pus s'est frayé un jour à travers la fenêtre ronde. Il est probable que, si la perforation du tympan avait été faite en temps utile, cette malade n'eût pas succombé. (Schwartze.)

4° *Par propagation du pus à travers la fissure où s'insère le muscle interne du marteau.*

Observation IV. — Une femme de 26 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 31 mai. Céphalalgie ancienne, douleurs dans l'oreille droite qui était bouchée avec un tampon d'ouate que nous n'eûmes pas l'idée d'enlever; pas d'autres symptômes que la céphalée ; mort au bout de quelques heures.

Autopsie. — Au bord supérieur du lobe sphénoïdal droit, ramollissement gangréneux de la grosseur d'un œuf, tympan détruit, pus remplissant la caisse et s'écoulant en partie par la trompe. Rocher parfaitement sain ; l'os lenticulaire et l'étrier ont disparu, l'enclume et le marteau sont cariés. Le pus avait passé par l'étroite fissure osseuse où s'insère le muscle interne du marteau jusque dans le crâne, formé un abcès sous la dure-mère, perforé celle-ci et amené l'encéphalite partielle suppurée. (Blondeau, *Soc. anat.*, 1857.)

5° *Par phlébite.*

Observation V. — Au mois d'août 1862, se présente à moi le souffleur du théâtre, homme très-vigoureux et dans la force de l'âge ; il souffrait depuis quelques années d'un écoulement accompagné de surdité de l'oreille droite. Depuis quelques mois seulement, il éprouvait d'une façon intermittente des douleurs dans l'oreille, accompagnées d'un gonflement considérable du conduit auditif externe et du pourtour de l'oreille, qui tantôt augmentait, tantôt diminuait sans toutefois jamais disparaître complétement. Le pourtour de l'oreille est sensible à la pression, le conduit auditif est tellement rétréci qu'on ne peut qu'avec peine y introduire une sonde. La montre est entendue sur l'apophyse mastoïde, la trompe d'Eustache est obstruée.

Deux mois après mon examen, le malade fut admis à la clinique du professeur Oppolzer. Depuis quelques jours il éprouvait de violents frissons, suivis de chaleurs, de soif et de grand abattement. Pouls à 120, peau chaude, langue fuligineuse. L'état de l'oreille est le même, sur le cou le long du trajet de la veine jugulaire se présente un cordon dur formé

par cette veine enflammée et très-sensible à la pression.

Le jour suivant, oppression, point de côté, et le soir vomissements de matières couleur chocolat, fétides ; fièvre intense, coloration ictérique de la peau, affaiblissement considérable. Mort au bout de trois jours.

Autopsie. — Le rétrécissement du conduit auditif externe commence à quelques lignes du méat et s'étend jusqu'à l'union de la portion osseuse avec la portion cartilagineuse, il était produit par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané du conduit. La portion osseuse du conduit est hermétiquement fermée par un amas de matière grisâtre qui pénètre à travers le tympan, presque entièrement détruit, et remplit toute la caisse, englobant les osselets. La muqueuse de la caisse est pâle, seulement un peu gonflée par places. Derrière le pavillon, les tissus qui recouvrent l'apophyse mastoïde sont infiltrés ; au-dessous, l'os présente par places une coloration d'un gris rouge.

Dans les cellules, et surtout dans les inférieures, qui bordent le sinus latéral, on trouve trois petites cavités ayant les dimensions d'un haricot et remplies d'une matière jaune verdâtre très-fétide; les autres cellules contiennent un liquide plus jaunâtre présentant davantage l'aspect du pus. Pour mieux examiner le sinus latéral on le détache depuis le pressoir d'Hérophyle jusqu'au bulbe de la veine jugulaire. Le sillon était partout intact et ne présentait aucune trace de carie. Mais en examinant l'os par transparence, on voit au niveau des cavités de l'antre mastoïdien, sur l'étendue d'un gros pois, l'os aminci, transparent, et cette partie présente une série de petits trous visibles à l'œil nu, qui conduisent de l'intérieur de l'apophyse mastoïde dans le sinus; sur la partie corespondante de la face crânienne se trouve une étendue d'un demi-centimètre, qui présente un aspect grisâtre et qui est recouverte d'exsudat ; au même niveau le sinus contient un caillot cylindrique d'un gris sale. Ce caillot s'étend jusqu'à la veine jugulaire.

Dans le poumon, plusieurs noyaux gangréneux de la grosseur d'une noix, dans le voisinage desquels on retrouva des embolies. (Politzer, *Arch. der ohr.*, 1873, p. 288.)

6° *Par carie et perforation de la voûte de la caisse du tympan.*

Observation VI. — Otorrhée chronique terminée par une phlébite du sinus tranverse et de la mastoïdienne. — Abcès métastatiques dans les poumons.

Elise Egett, âgée de 21 ans, servante, entrée à l'hopital le 30 mars 1866. Elle se plaint d'accès de fièvre quotidiens, pendant lesquels la face est colorée, la peau sèche, la face anxieuse; violente céphalalgie frontale. En dehors de ces accès, elle se trouve bien. Elle fut traitée pour une fièvre intermittente.

Au cinquième jour, je reconnus à droite un écoulement purulent par l'oreille et la malade raconta qu'il existait depuis trois ans.

Les accès périodiques devinrent plus fréquents, l'écoulement par l'oreille augmenta, il survint un peu d'œdème au pourtour de l'oreille qui s'étendit sur tout l'occiput et la région sous-maxillaire droite; le long du sterno-mastoïdien un cordon dur et douloureux.

Le septième jour survint du délire, les frissons persistaient malgré de fortes doses de quinine; le 13 elle accoucha d'un fœtus de 7 mois, et deux jours après elle fut prise d'une diarrhée fétide. Le gonflement périauriculaire augmenta beaucoup, sans présenter de fluctuation.

La malade était presque constamment dans un état comateux sans convulsions. Dans la soirée du 15, vomissements. Dans la nuit du 16 au 17, coma profond entrecoupé tous les quarts d'heure de cris hydrencéphaliques; la mort survint au bout de quelques heures.

Autopsie. — Méninges injectées à droite, anémiées à gauche; des deux côtés sérosité sous-arachnoïdienne. Dans le sinus tranverse droit se trouve une masse purulente d'un jaune rougeâtre. Sur la face supérieure du rocher, sous la dure-mère, se trouve un dépôt de pus crémeux, en dessous duquel le rocher est rugueux, infiltré de matières jaune verdâtre. A la surface postérieure, on trouve également un dépôt de pus.

Le cerveau ne présente rien de particulier, dans le poumon plusieurs abcès métastatiques sans thrombus.

Oreille droite. — A l'apophyse mastoïde un abcès sous-périostique, sous lequel l'os présente une couleur sale. Dans le conduit auditif une grande quantité de pus épais ; sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux, tout près de l'abcès mastoïdien, la peau est très-infiltrée et épaissie. Le tympan est très-épaissi, mais non perforé, et fortement attiré en dedans.

La paroi supérieure de la caisse présente une solution de continuité arrondie. Elle est remplie en partie par du pus épais, en partie par la muqueuse, épaisse, verdâtre, qui se trouve ainsi en contact direct avec la dure-mère.

La cavité mastoïdienne est entièrement comblée par du pus épais, caséeux, et ne forme plus qu'une seule cavité. Ses parois sont d'un aspect verdâtre à la section, surtout dans le voisinage de la caisse, d'où part un trajet fistuleux qui s'étend jusque sous la peau de la paroi supérieure du conduit auditif externe. Cette paroi est également cariée, de sorte que les parties molles gonflées du conduit externe se trouvent en rapport direct avec la cavité mastoïdienne.

La caisse se laisse difficilement débarrasser du pus desséché qui la remplit.

Les parois du sinus transverse sont épaissies, de couleur sale. Cet épaississement des parois est surtout marqué à l'embouchure de la veine mastoïdienne, laquelle est remplie de pus, et autour d'elle l'os est ramolli. (Trœltsch, *Dic. Ohreneitzung.*)

7° *Par carie de la paroi postérieure de la caisse.*

Observation VII. — Un enfant de 11 ans, atteint d'otite purulente pendant une fièvre scarlatine, fut pris tout à coup d'une forte hémorragie par l'oreille droite; comme elle se répéta continuellement pendant six jours de suite, Syme fit la ligature de la carotide. L'écoulement sanguin devint insignifiant, mais l'enfant mourut deux jours après avec des symptômes cérébraux. On constata l'existence d'une petite ouverture entre la paroi postérieure de la caisse et l'extré-

mité du sinus transverse; l'hémorragie provenait de ce point. (*Ed. med. et surg. Journ.*)

8° *Par carie de la paroi antérieure de la caisse.*

Observation VIII. — Carie du rocher, hémorragie abondante par l'oreille. Mort, autopsie, ulcération de la carotide interne.

Justin R..., atteint d'otorrhée depuis plusieurs mois, fut pris, le 14 juin 1864, d'une hémorragie abondante par le conduit auditif externe. Le lendemain, seconde hémorragie plus abondante par le nez et par l'oreille. Le sang, recueilli dans un vase, peut être évalué à un litre et demi environ.

Le 16 juin, troisième et dernière hémorragie. Le malade succombe peu après.

A l'autopsie, rien à la surface ne révèle une lésion du rocher, mais en enlevant la partie supérieure de celui-ci, on voit que le canal carotidien communique largement avec l'oreille moyenne par suite de la carie de la paroi osseuse qui les sépare. La membrane du tympan est entièrement détruite.

La carotide interne présente deux perforations très-rapprochées, et séparées par une portion très-amincie de ses parois. L'une des perforations est située à l'angle de la première courbure de l'artère, l'autre dans la première partie de la portion horizontale.

Il n'y a pas de trace de caillot fibrineux dans l'intérieur du vaisseau.

Les bords des deux perforations sont épaissis, mous et irréguliers et les parois de l'artère sont manifestement altérées dans une certaine étendue. (Choyau, *Bull. de la Soc. anat.*)

9° *Par carie de la paroi inférieure de la caisse.*

Observation IX. — Triquet rapporte une observation de Toynbee dans laquelle il s'agit d'une hémorrhagie mortelle à la suite d'une otorrhée. A l'autopsie, on trouva une carie de la caisse du tympan et une érosion du golfe de la veine jugulaire.

Observation X. — Otorrhée datant de deux ans, fongosités dans le conduit auditif, paralysie faciale, hémorrhagie mortelle.

Autopsie. — Ramollissement du cerveau au niveau de la fosse temporale droite. Le rocher, presque entièrement détruit, laisse passer une partie du cerveau et du cervelet. Le sang avait été fourni par l'ulcération des sinus pétreux, supérieur et inférieur, et par le golfe de la veine jugulaire largement ouvert en arrière. (Hugmor, *Gaz. des hôp.*, 1851.)

10° *Par atrophie osseuse.*

Observation XI. — Dilatation de la caisse par suite d'otite chronique, causée par atrophie jusqu'à la perforation du rocher ; hémorrhagies du sinus transverse par le nez et par l'oreille. Thrombose des sinus ; embolie de l'artère pulmonaire.

A. Rom, manœuvre, né en 1844, déclare avoir souffert de l'oreille droite depuis sa première enfance ; il se souvient d'un écoulement purulent par l'oreille, et qu'une fois, à la suite de douleurs vives, des sangsues avaient été appliquées au voisinage de l'oreille. Des fragments d'os seraient sortis avec le pus.

Depuis trois ans, il a paru à son entourage, à plusieurs reprises, troublé dans ses facultés intellectuelles, tantôt concentré en lui-même, tantôt très-agité.

Dans les premiers jours de mars 1856, sans avoir auparavant présenté de changement dans sa manière d'être, il alla danser deux nuits de suite. On y remarqua ses yeux hagards et son air étrange. De retour chez lui, la deuxième nuit, il maltraita sa grand'mère, on dut s'emparer de lui et le garrotter, il était très-agité.

Le 25 mars, il fut admis à l'asile d'aliénés.

Le conduit auditif est rempli d'une sécrétion purulente infecte légèrement desséchée. Après avoir lavé l'oreille à l'aide d'injections, on trouve dans le fond du conduit des granulations charnues rouges, les parois sont légèrement cariées. Ni par le procédé Valsalva, ni par celui de Politzer, on ne perçoit aucun bruit dénotant une perforation du tym-

pan. Pas de douleurs dans l'oreille, ni dans la tête; il n'y a pas de bourdonnements ; les environs de l'oreille et l'apophyse mastoïde ne sont pas douloureux à la pression. La muqueuse du pharynx est gonflée et rouge, de même que la muqueuse nasale.

Le 11 mai, il se plaint de pesanteur dans la tête, d'abattement, de manque d'appétit; constipation, pouls très-petit et lent.

Le 19, l'écoulement de l'oreille est presque complétement arrêté.

Le 21, épistaxis, bronchites, quelques convulsions.

Le 22, hémorrhagie par l'oreille. Ces hémorrhagies par l'oreille et par le nez durent plusieurs jours avec des intermittences.

Contracture des muscles du côté gauche du cou. Le 24, il meurt pendant qu'on lui donne à boire.

Autopsie. — Le crâne, qui se détache facilement de la dure-mère, présente aux deux bosses frontales quelques amas de granulations osseuses de nouvelle formation. Les vaisseaux de l'hémisphère droit du cerveau sont plus engorgés que ceux du côté gauche.

Rien d'anormal dans le cerveau. A la surface de l'hémisphère cérébelleux gauche on voit une tache livide là où cet hémisphère est en rapport avec le sinus transverse.

Au point d'attache de la tente du cervelet à la pointe du rocher droit, on voit une membrane mince, facile à détacher, d'une coloration gris brun, dans laquelle s'est fait un épanchement de sang récent. Rien au facial, ni à l'acoustique.

Dans le sinus transverse gauche un caillot frais.

La dure-mère qui recouvre le sinus transverse droit est d'une couleur jaune verdâtre ; cette coloration s'étend sur les côtés du sinus jusqu'à la fosse jugulaire. En ouvrant le sinus, on y trouve un caillot lardacé qui n'adhère pas aux parois.

A l'endroit où la coloration jaune verdâtre est la plus marquée, on trouve un caillot ramolli, d'une ligne d'épaisseur et s'étendant jusque dans la veine jugulaire. A l'endroit où le sinus se trouve sur la face postérieure du rocher, on y trouve

un caillot récent. Ici la dure-mère ramollie se laisse facilement détacher et présente une lacune correspondant à une perte de substance du rocher. Sur la paroi supérieure du rocher, la dure-mère est plus adhérente et revêtue d'une mince couche osseuse de nouvelle formation.

Le conduit auditif externe est rempli de granulations provenant de la caisse. Le tympan, le marteau et l'enclume n'existent plus ; la caisse et les cellules mastoïdiennes sont dilatées. Elles sont tapissées par une muqueuse épaissie, ramollie, facile à détacher ; elles renferment une bouillie assez homogène, colorée par du sang. La paroi osseuse de la caisse est lisse, amincie, mais compacte et solide.

Le tissu cellulaire de la région droite du cou est infiltré de sérosité.

Dans les branches de l'artère pulmonaire, des deux côtés, on trouve des embolies, dont les unes sont ramollies, les autres fermes et blanchâtres. Quelques petits vaisseaux sont littéralement bouchés par des infiltrations puriformes (*Rapp. arch. der ohr.*, 1866, p. 181).

Les observations que nous venons de rapporter nous montrent d'un côté la grande variété qui existe dans la propagation d'un processus inflammatoire de l'oreille et la cavité crânienne ou aux vaisseaux. Elles nous font voir d'un autre côté combien sont variables les lésions mortelles qui peuvent être la conséquence d'une otorrhée. Nous allons maintenant étudier de plus près les maladies de l'oreille qui donnent lieu au symptôme otorrhée.

CLINIQUE LARYNGÉE,

par le Dr **M. Krishaber.**

I.

TRACHÉOTOMIE SUR L'ADULTE AU MOYEN DU THERMO-CAUTÈRE PAQUELIN.

M. X... se présente chez moi de la part de MM. les Drs Deleau et Michel ; il est atteint d'aphonie et de troubles

respiratoires qui s'étaient aggravés rapidement en dépit de tout traitement. Je constate la présence d'une tumeur intra-laryngée maligne et s'accroissant progressivement. La respiration devenant haletante, je conseille, avant toute opération sérieuse dans la cavité du larynx, l'ouverture de la trachée. Le malade, paraissant comprendre la nécessité de l'opération, y consentit d'abord; mais le jour fixé pour la pratiquer, et au moment même où elle allait avoir lieu, il refusa de la subir.

M. X... supporta son état pendant trois semaines, mais avec une peine extrême et sous le coup incessant de l'asphyxie.

L'agitation était arrivée à son paroxysme ; il survint un véritable cornage entendu à une grande distance, et dont chaque mouvement du malade augmentait l'intensité. Le sommeil était profondément troublé et les repas même provoquaient la suffocation. Dans ces circonstances-là, je fis une fois l'examen laryngoscopique, mais je me suis bien gardé ensuite de le renouveler, l'attouchement seul du miroir dans le pharynx ayant provoqué un accès de strangulation fort inquiétant. J'ai pu constater cependant un rétrécissement extrême de la glotte, la tumeur s'étendant en arrière et paraissant envahir les aryténoïdes en diminuant la portion de la glotte comprise entre eux. Je dirai à cette occasion que le carcinome du larynx, selon mes observations, affecte une marche différente suivant qu'il envahit la partie antérieure ou la partie postérieure de l'organe. Dans le premier cas, il évolue très-lentement, mais il en est tout autrement lorsque la paroi postérieure est envahie et qu'il tend à devenir mixte en envahissant le tube digestif.

M. X... dépérissait à vue d'œil, et, à bout de forces, il réclama instamment l'opération qui, vingt jours avant, l'avait tant effrayé. Je fis la trachéotomie au moyen du thermocautère Paquelin, que M. Colin maintenait incandescent aux degrés voulus, pendant l'opération. Je fus assisté par M. le Dr de Saint-Germain et son interne, M. Berdinel.

J'ai dénudé la trachée en incisant lentement les tissus, le couteau thermo-caustique étant porté au rouge sombre. La quantité de sang perdu représentait à peine quinze ou vingt

grammes, à chaque vaisseau divisé l'action hémostatique de l'instrument étant immédiate. J'ai ouvert la trachée au bistouri, jugeant qu'il n'y avait aucune opportunité de pénétrer dans sa cavité avec un métal rougi. Je n'ai d'ailleurs jamais vu, comme on l'avait avancé, la muqueuse de la trachée donner lieu à une perte de sang sensible; il me paraît d'autre part y avoir quelque inconvénient à diviser la trachée par un instrument incandescent. Dans la circonstance actuelle, cette incision faite au bistouri ne fit pas apparaître une goutte de sang, et comme la plaie des tissus mous, de son côté, était au moment de l'incision de la trachée complétement à sec, l'introduction de la canule se fit sans ce cortége de toux, de respiration bruyante, et d'asphyxie apparente qui accompagne l'ouverture de la trachée lorsque le sang y pénètre.

J'ai du reste adopté d'une manière absolue (qu'il s'agisse de la méthode par le bistouri ou par les instruments thermiques) le principe qui consiste à ne jamais ouvrir la trachée avant la cessation de tout écoulement de sang dans la plaie. On a toujours le temps d'ouvrir la trachée, quelle que soit la cause qui nécessite la trachéotomie et quel que soit l'âge du patient. Je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul cas de mort survenu dans le temps qui se passe entre l'incision de la peau et l'incision de la trachée; mais, par contre, les observations d'asphyxie et de mort causées par la pénétration du sang dans les voies respiratoires ne sont pas bien rares. Le danger ne fût-il du reste même pas aussi considérable, n'est-il pas d'observation journalière que ce qui donne à la trachéotomie ce caractère dramatique particulier que les meilleurs chirurgiens ne peuvent guère éviter, c'est toujours la seule et même cause, la pénétration du sang dans les voies respiratoires? Aussi, quel que soit le degré d'asphyxie du patient, je n'ouvre jamais la trachée avant d'être bien assuré de l'arrêt complet de l'écoulement du sang. L'observation de cette règle me paraît capitale; je n'ai pas vu se produire la moindre apparence d'accident depuis que je l'ai adoptée, et je suis bien décidé à ne m'en départir dans aucun cas. C'est ainsi

que j'ai opéré chez le malade dont je relate ici l'histoire, et l'introduction de la canule fut aussi aisée que si elle avait été pratiquée sur le cadavre. Le décubitus dorsal augmentant considérablement l'axphyxie chez M. X..., il fallut plusieurs fois lui permettre de s'asseoir pendant l'opération, ce qui en prolongea la durée, qui avait été d'environ quinze minutes. Le malade se mit au lit et tout se passa normalement. Aucune hémorrhagie secondaire ne survint, le gonflement des tissus était insignifiant[1], et trois semaines après, la guérison de la plaie était accomplie.

Il résulte de ce fait que le thermo-cautère Paquelin s'applique à la trachéotomie exactement comme le galvano-cautère, sur lequel il présente l'avantage d'un maniement beaucoup plus facile.

II.

APHONIE NERVEUSE GUÉRIE PAR LE COURANT FARADIQUE EN APPLICATION **éloignée** DU LARYNX.

Le traitement de l'aphonie nerveuse par l'électricité est devenu pour ainsi dire classique, et le nombre de guérisons publiées jusqu'à ce jour est très-considérable. Si certains malades résistent à ce moyen de traitement, il en est un plus grand nombre qui en éprouvent des effets curatifs à un degré quelconque. Parfois même, la voix revient instantanément dès la première application du courant électrique, soit dans la région thyroïdienne, soit dans la cavité du larynx, au moyen de réophores spéciaux. Nous avons remarqué, en général, qu'il est assez indifférent d'employer le courant galvanique ou le courant faradique, pourvu qu'ils soient d'une certaine puissance. Bon nombre de fois on voit la voix revenir pendant l'application de l'électricité, persister ensuite quelques heures et se perdre de nouveau jusqu'à l'application suivante, où le phénomène se renouvelle, qu'il y ait ou non amélioration. Il est même des cas de rétablissement de la voix pendant la durée seule de l'électrisa-

tion, l'aphonie réapparaissant aussitôt avec la cessation des courants.

L'aphonie nerveuse se présente donc sous des formes très-diverses ; mais on peut affirmer qu'il n'existe pas de variété de paralysies musculaires aussi docile à l'électricité que celle qui produit l'aphonie. Nous avons obtenu pour notre compte, et d'autres cliniciens ont obtenu comme nous, des guérisons nombreuses par ce moyen; les publications venant de toutes parts en font foi. Dans ce nombre il y a un fait, isolé jusqu'ici, et qui nous paraît mériter d'être signalé. Il s'agit de l'action curative de l'électricité dans l'aphonie nerveuse, l'agent physique étant appliqué sur des points *éloignés* du larynx.

Une jeune femme de 24 ans, nullement hystérique, mais ayant des mouvements choréiformes, est aphone depuis plusieurs années ; la voix apparaît parfois, mais elle est voilée alors, et elle se perd spontanément. Une hypertrophie très-considérable des amygdales vient compliquer la situation. Je fis l'ablation des amygdales, et, quelques jours après, j'ai pu constater au laryngoscope que les cordes vocales étaient d'un aspect absolument normal. Elles s'écartaient et se rapprochaient sans la moindre gêne, suivant les mouvements de la respiration ou des efforts phonétiques, les derniers restant cependant sans aucun effet. C'est la tension des cordes vocales qui était insuffisante, et le souffle d'air expiré passait entre les deux cordes vocales sans provoquer la moindre vibration : l'aphonie à ce moment était complète. J'appliquai les deux réophores d'un appareil d'induction le premier jour dans l'espace crico-thyroïdien, et la voix apparut instantanément. Le lendemain, j'appris par la malade, qui était de nouveau aphone, que la voix avait persisté pendant plusieurs heures, et qu'elle s'était ensuite perdue de nouveau. Plusieurs jours se passèrent ainsi, mon traitement produisant constamment les mêmes effets. Un seul fait était incontestable, c'était l'action immédiate de l'électricité. Je me proposai alors de mettre à profit cette circonstance pour apprendre s'il était nécessaire d'agir localement, ou si l'agent physique pouvait avoir la même puissance par

l'application éloignée du siége de l'affection. La malade étant aphone, j'ai appliqué les deux réophores de l'appareil d'induction sur une main (la gauche): la voix apparaissait aussitôt et elle persistait comme les précédentes fois, plusieurs heures. Le lendemain, la malade était de nouveau aphone; je fis cette fois déchausser un pied (le droit), et la faradisation produisit identiquement le même effet que celle de la main et celle de l'espace crico-thyroïdien.

Les séances furent renouvelées une vingtaine de fois ; la voix persistait de plus en plus longtemps après chaque séance et j'en espaçais les intervalles à mesure que l'amélioration se maintenait. La malade guérit complétement.

On peut conclure de cette observation, autant qu'il est permis de conclure d'un seul fait bien net et bien tranché, que l'action de l'électricité se produit dans l'aphonie nerveuse aussi bien par l'application éloignée du larynx que par l'application localisée, et que l'action réflexe peut suppléer à l'action directe.

L'électricité agit-elle du reste dans l'aphonie nerveuse comme agent spécial, ou n'a-t-elle simplement pour effet de produire une commotion, laquelle, à son tour, a pour conséquence une contraction forcée des muscles du larynx ? Ne voyons-nous pas l'aphonie nerveuse disparaître parfois sous l'influence d'une douche d'eau froide, ou à l'occasion d'une frayeur vive avec effort de pousser un cri ? Des femmes atteintes d'aphonie nerveuse ont récupéré la voix pendant les efforts de toux provoqués par un simple rhume. Toute cause amenant une contraction violente des muscles du larynx peut produire la cessation plus ou moins durable de la paralysie de ces muscles. Il me souvient d'une femme aphone depuis quelques semaines, chez laquelle je vis reparaître la voix par le fait seul de l'examen laryngoscopique qui provoqua des efforts de nausées. Tout ce que j'ai vu jusqu'ici tend à me prouver que l'électricité produit, d'une manière plus régulière et plus méthodique, la contraction des muscles du larynx, qui peut cependant être provoquée par tout autre excitant, et que c'est cette contraction qui est la cause immédiate de l'apparition de la voix chez les individus atteints

d'aphonie nerveuse. C'est ce qui explique pourquoi il est nécessaire d'appliquer un courant puissant pour obtenir cet effet, le courant faible ne provoquant pas la contraction des muscles du larynx qui m'a toujours paru indispensable pour obtenir un résultat favorable.

ANALYSES.

Contributions à l'anatomie du larynx,

par le prof. RUDINGER. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.* (septembre 1876.)

I. — *Du muscle de la corde vocale supérieure.*

Sous ce nom, l'auteur décrit un faisceau musculaire situé dans l'épaisseur de la corde vocale supérieure ; ce muscle, qui s'étend sur la membrane ary-épiglottique et dont les fibres principales s'étendent jusqu'à l'épiglotte, est distinct de celui décrit par les auteurs sous le nom de muscle thyro-aryténoïdien supérieur ; il a été mentionné par Ruhlmann, qui a bien montré ses insertions sans indiquer toutefois ses rapports avec le ventricule de Morgagni. Voici, d'ailleurs, la description de l'auteur :

Le muscle de la corde vocale supérieure a une forme aplatie, qui, sur une coupe verticale, ne présente pas plus d'un à deux millimètres d'épaisseur. Il est situé dans l'épaisseur de la paroi moyenne du ventricule de Morgagni et contribue ainsi à former la corde vocale supérieure. Il est placé immédiatement sous la muqueuse de la paroi ventriculaire et n'en est séparé que par du tissu conjonctif, quelques cellules graisseuses et de petites glandes, tandis que la paroi supérieure de la fausse corde vocale est très-riche en glandes.

Il s'insère en arrière à la corne antéro-latérale du cartilage aryténoïde, se confondant avec la partie supérieure du muscle thyro-aryténoïdien inférieur. Parfois, des fibres du muscle thyro-aryténoïdien transverse paraissent le recouvrir. De ce point il se porte en haut et en avant, et vient

s'insérer à la partie supérieure du bord latéral de l'épiglotte; en se rapprochant de l'épiglotte, les faisceaux musculaires s'écartent et deviennent moins prononcés. D'après les insertions, on pourrait lui donner le nom de muscle ary-épiglottique.

L'étude de ce muscle a été faite sur des larynx d'hommes, où il est en général plus prononcé que dans les larynx de femmes, surtout si le ventricule est bien formé et assez élevé. On voit bien les faisceaux musculaires en examinant, à l'aide de la loupe, des coupes verticales sur des larynx préalablement durcis. Dans ces coupes, on peut reconnaître aussi que le muscle thyro-aryténoïdien inférieur, placé dans la paroi latérale du ventricule de Morgagni, s'élève en diminuant progressivement d'épaisseur, et que ses fibres les plus élevées ne dépassent jamais le cul-de-sac ventriculaire; on ne peut donc le confondre avec le muscle qui vient d'être décrit.

Le muscle de la corde vocale supérieure a un rôle physiologique qui n'a pas encore été déterminé. Il est probable qu'il contribue à modifier la cavité ventriculaire, qu'il peut augmenter la tension des parois de cette cavité et accroître ainsi son pouvoir résonnant.

II. — *Dimensions exagérées du ventricule de Morgagni.*

On sait que chez certains singes, les ventricules de Morgagni sont très-développés et accompagnés de cavités saillantes sur les côtés du cou. L'auteur, après avoir fait part de ses recherches personnelles sur ce sujet, rapporte deux cas dans lesquels il a pu constater chez l'homme un développement anormal du ventricule, rappelant ce qui se passe chez ces animaux. Dans un de ces cas, observé sur un sourd-muet d'environ 40 ans, le cul-de-sac de Morgagni, mesuré depuis le bord inférieur de la corde vocale supérieure jusqu'à son extrémité, avait une longueur de 3,5 cm., et un diamètre de 0,8 mm. Rappelons que M. Sappey a vu une disposition analogue: l'arrière-cavité des ventricules s'élevait jusque sous la muqueuse de la base de la langue, dépas-

sant en avant des bords latéraux de l'épiglotte, et formant, lorsqu'on l'insufflait, une saillie de 1 cm 1/2 de chaque côté de ces bords.

Dr Danjoy.

Du tintement d'oreille.

ÉTUDE SUR LES CAUSES QUI LE PRODUISENT ET SUR L'EXPLICATION DE SA PRODUCTION CONFORMÉMENT AUX LOIS PHYSIQUES.

L'auteur fait tout d'abord remarquer la fréquence du phénomène tintement d'oreille, et c'est bien à tort, dit-il, qu'on le considère vulgairement comme lié à une affection nerveuse de l'oreille, car on le rencontre dans des cas de pathologie plus complexes.

Il est étonnant, poursuit-il, que depuis plus de 300 ans on n'ait pas donné une explication rationnelle de ce phénomène; deux théories ont été mises en avant : dans l'une, on l'attribue à une pression anormale sur l'expansion périphérique du nerf dans le labyrinthe ; l'autre, qui est du docteur Jags, lui reconnaît pour cause une compression des petites artères par la présence de mucosités. Enfin, l'auteur cite un passage du Traité de Trœltsch sur les affections de l'oreille, où il est dit tout simplement que ces sensations subjectives sont dues probablement, tantôt à une surexcitation morbide du nerf auditif, tantôt, au contraire, à une parésie de ce nerf.

Nous arrivons à la théorie de l'auteur. Pour lui, le tintement d'oreille, comme toute sensation de son, est dû à l'excitation de la *partie terminale ou percevante du nerf auditif;* car il est probable que le *tronc* de ce nerf est aussi insensible à la perception du son que l'est celui du nerf optique à la perception de la lumière.

L'auteur part de là pour émettre un doute sur le tintement d'oreille cérébral, qui serait indépendant du nerf auditif, et fait remarquer qu'il ne faut pas confondre les hallucinations auriculaires avec le tintement véritable.

Les recherches de deux médecins allemands, Schwartze et Koppe, sur le tintement d'oreille se produisant chez les

aliénés, montrent bien l'opportunité de cette distinction que fait le docteur Théobald. Ces médecins ont constaté d'ailleurs que les aliénés atteints d'affections de l'oreille différenciaient très-bien les hallucinations auriculaires du véritable tintement. Ils ont même été conduits à admettre que, chez les personnes prédisposées aux affections mentales, une affection de l'oreille, s'accompagnant de tintement, pouvait être la cause occasionnelle de la folie.

D'ailleurs, même dans les cas incontestables où le véritable tintement d'oreille est un symptôme d'affection cérébrale, l'auteur se promet de prouver qu'il est dû, là encore, à une excitation des filets terminaux du nerf.

Mais quelle est la nature de cette excitation?

Jusqu'à présent, on a considéré les divers bruits qui ont leur siége dans l'oreille comme des bruits vasculaires; mais en établissant une corrélation intime entre les divers bruits qui se passent dans l'oreille malade et les phénomènes qui accompagnent la circulation du sang, on est arrivé à la conclusion suivante: dans presque tous les cas de tintement d'oreille, que ce tintement soit accompagné d'affections auriculaires, cérébrales ou générales, on peut l'attribuer à la vibration des parois des vaisseaux sanguins du labyrinthe. Ces vibrations communiquent des impulsions au liquide du labyrinthe et aux filets terminaux du nerf auditif, impulsions en tout semblables à celles produites par les vibrations de l'étrier, et pouvant comme ces dernières donner la sensation du son.

Dans les gros vaisseaux, les bruits de murmure, les bruits de l'anémie, les bruits de souffle ne sont-ils pas dus à des vibrations semblables? Que si l'on objecte les dimensions beaucoup plus grandes de ces vaisseaux, il ne faut pas oublier non plus l'exquise sensibilité, de l'oreille sur laquelle l'auteur appuie et qu'il démontre par de nombreux exemples.

Avant de discuter de quelle façon les vibrations vasculaires agissent sur les éléments nerveux, l'auteur rappelle en quelques mots la disposition anatomique de l'oreille interne et les connexions qui relient son système vasculaire à celui de l'encéphale.

Ces vibrations vasculaires peuvent agir sur le nef auditif de deux façons : ou bien en augmentant d'amplitude ; ou bien sans que rien soit changé dans leur qualité, simplement par action réflexe, par concentration ou par résonnance.

Les variations dans l'amplitude vibratoire s'observent quand il y a augmentation ou diminution de tension dans les vaisseaux du labyrinthe, ou quand la constitution du sang lui-même est modifiée, comme dans la chlorose ou l'anémie.

La connexion qui existe entre le tintement d'oreille et les affections cérébrales peut être imputée à la connexion vasculaire entre l'oreille et l'encéphale. On explique ainsi le sifflement d'oreille qui accompagne la syncope, qui précède les attaques d'épilepsie, qui suit l'administration de la quinine.

Les bruissements d'oreilles qui surviennent consécutivement aux hémorrhagies subites et abondantes, et le tintement que l'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde sont dus à l'appauvrissement du sang.

Reste à expliquer le tintement d'oreille dans des circonstances où ces troubles vasculaires n'existent pas comme dans le catarrhe chronique du tympan par exemple, dans l'obstruction du conduit externe, soit par du cérumen, soit par un corps étranger, etc.

L'auteur fait observer qu'ici encore la circulation a un certain rôle, et la preuve, c'est que tous les malades, quelle que soit leur façon de décrire ce bruit, s'accordent à reconnaître l'influence des fatigues, des longues marches, de la position horizontale, des excès de table, au point de vue de l'augmentation de ce bruit.

La présence d'un corps étranger dans le conduit auditif externe a pour effet de renforcer les sons qui viennent de l'intérieur de l'oreille en condensant les ondes sonores ; de là, production de tintement d'oreille par des vibrations vasculaires, qui, à l'état normal, ne suffiraient pas à le produire.

Un signe qui confirme cette manière de voir, c'est que, dans les cas de destruction partielle ou totale du tympan, le tintement n'existe que rarement.

L'auteur ajoute qu'il resterait bien des points intéressants

à élucider en ce qui regarde l'influence de la membrane du tympan, de la membrane de la fenêtre ronde, de l'articulation de l'étrier dans la production des bruits vasculaires, mais que, quelque soit le sort réservé à sa théorie, il croit avoir fait un pas dans la bonne voie.

L'œil, dit-il en terminant, est le lieu de perception des ondes lumineuses, pourquoi méconnaître l'action des ondes sonores sur le nerf auditif? C'est par ce mouvement moléculaire que la sensation est transmise jusque dans le cerveau. Bien plus, qui nous dit que tous les phénomènes cérébraux ne consistent pas en un ébranlement moléculaire? mais l'auteur s'aperçoit ici qu'il foule un terrain dangereux, et ne veut pas pousser plus loin ses hypothèses.

AIGRE.

Fibromes du lobule de l'oreille,

par H. KNAPP, de New-York. (*Archiv. für Augen u. Ohrenheilkunde*, t. VI, p. 1876.)

Dans l'espace de quelques années l'auteur a eu l'occasion d'observer huit cas de fibromes du lobule de l'oreille. Ces tumeurs avaient toutes pris naissance à l'ouverture pratiquée pour le passage des boucles d'oreilles, à la suite d'une inflammation. Leur développement s'est fait en général très-lentement. Les négresses sont plus fréquemment atteintes de fibromes que les femmes de couleur blanche, à cause du poids plus considérable de leurs boucles d'oreilles et de la mauvaise qualité du métal de leurs bijoux.

Le volume de la tumeur, très-variable, ne dépasse pas en général celui d'une noisette, mais peut atteindre celui d'un œuf de poule. La face postérieure du lobule en est le plus souvent le siége, les malades accusent rarement de la douleur.

L'auteur, en examinant au microscope deux fibromes provenant d'une négresse de 22 ans, les trouva formés d'un

stroma fibreux avec des aréoles homogènes plus foncées ; il y observa deux canaux de couleur foncée remplis de liquide par lesquels avaient passé les boucles d'oreilles. De ces canaux partaient dans différentes directions des tractus fibreux; dans l'intervalle des fibres se trouvaient quelques rares cellules. Les parties molles enveloppées de fibres étaient composées de cellules fusiformes ou étoilées, qui s'anastomosaient entre elles et étaient séparées par une substance homogène intercellulaire.

Les tumeurs ne renfermaient ni corpuscules muqueux ni corpuscules cartilagineux; elles étaient formées par le tissu propre du lobule, qui est de nature fibreuse.

Les fibromes du lobule n'auraient de tendance à la récidive que lorsque la tumeur n'est pas totalement extirpée; dans les cas où tout le tissu morbide a été enlevé, la récidive ne serait pas à craindre.

Dr Levi.

Nous nous empressons de répondre à la demande du professeur Lucae en insérant la note suivante :

Le soussigné, chargé d'analyser les travaux d'otiatrie pour les rapports publiés par Virchow et Hirsch, prie ses confrères de vouloir bien lui envoyer, aussitôt que possible, des exemplaires de leurs publications otiatriques portant l'indication du journal dans lequel elles viennent de paraître, la rédaction des rapports annuels étant hors d'état de lui donner des informations complètes sur les publications de toutes les branches de l'otologie.

Le Dr A. Lucae,
Professeur à l'Université de Berlin.

Berlin, octobre 1876.

MORT DE M. LE D[r] ISAMBERT.

Un grand malheur vient de frapper notre publication et de nous atteindre dans notre vive affection. Notre éminent collaborateur, notre excellent ami, M. le D[r] Isambert, est mort subitement, aujourd'hui 26 octobre, alors que rien ne pouvait faire redouter une aussi grande catastrophe.

Esprit éminent, savant consciencieux, écrivain remarquable, caractère d'une loyauté et d'une droiture qui n'admettaient aucun compromis, honorabilité professionnelle poussée jusqu'au scrupule, telles étaient les qualités de notre ami. Nos lecteurs ont pu apprécier le savant, l'écrivain. La Faculté de médecine perd un de ses agrégés libres les plus distingués, l'hôpital Lariboisière un de ses médecins les plus capables et les plus dévoués. Nous nous étions ensemble donné la tâche de faire honorer et aimer les spécialités. La mort d'Isambert laissera parmi nous un vide que nous ne pourrons faire oublier. Ce ne sera pas de trop de tous nos efforts pour mener maintenant à deux l'œuvre commune, qui était l'objet de notre sollicitude et de tous nos soins.

Nous ferons connaître à nos lecteurs l'œuvre scientifique d'Isambert. Aujourd'hui, notre esprit et notre cœur bouleversés ne savent que lui adresser un suprême adieu.

KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE.

26 octobre 1876.

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1317, 10-6.)

Le Gérant : G. MASSON.

31 Décembre 1876. — N° 6.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

Ce numéro est le dernier qui portera le nom ne notre éminent et si regretté collaborateur le Dr Isambert. Notre publication continuera dorénavant sous la direction de MM. les Drs Ladreit de Lacharrière et Krishaber.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA MORT DÉTERMINÉE PAR LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE,

par le Dr **Guerder** (de Longwy).

(*Suite.*)

CHAPITRE II

DES ALTÉRATIONS MORBIDES DE L'OREILLE QUI DONNENT LIEU A L'OTORRHÉE.

§ Ier.

Otite simple. — L'otite purulente simple, aiguë ou chronique sans aucune trace de carie, peut donner lieu à des accidents cérébraux ou infectieux, lorsque le pus sécrété ne trouve pas une issue suffisante vers le dehors. La propagation peut se faire de plusieurs manières. Comme dans notre observation III, l'intensité de l'inflammation est telle que tout

le rocher y prend part, et qu'elle s'étend ainsi directement jusqu'aux méninges. Dans d'autres cas aigus, l'inflammation est limitée à la caisse, mais le pus ne se fait pas jour à travers la membrane du tympan. Cette dernière est toujours altérée, soit par quelque inflammation antérieure, soit parce que la maladie a débuté par la membrane pour se propager ensuite à la caisse.

Quoi qu'il en soit, le tympan résiste, soit d'une manière absolue, soit d'une manière suffisamment prolongée pour que le pus, s'accumulant dans la caisse, se fraye une autre issue, en rompant les membranes des fenêtres ronde et ovale ou par des fissures qui se trouvent normalement dans les parois osseuses (*Observ.* IV).

La propagation peut encore se faire, sans migration du pus, par une phlébite des nombreuses petites veinules qui font communiquer le système nerveux intracrânien avec celui de la caisse, sans que la carie intervienne. Notons cependant que l'existence d'une carie facilite merveilleusement la production de ces phlébites.

Il résulte de ces considérations que lorsque le chirurgien aura reconnu d'une manière certaine l'existence d'un épanchement purulent dans la caisse, il ne doit pas attendre l'ouverture spontanée de cet abcès, pas plus que celle de tout autre abcès.

En pratiquant la paracentèse du tympan, dès que l'épanchement sera formé, il épargnera des souffrances prolongées au malade, et le mettra dans des conditions plus favorables à la guérison. Une perforation chirurgicale du tympan guérit très-rapidement, tandis que pour la perforation spontanée la guérison est l'exception. Cette petite opération est surtout indiquée lorsque le tympan est altéré, épaissi, plus résistant, ne tombe pas au dehors sous la pression de l'épanchement, et quand les commémoratifs indiquent une maladie antérieure de cette oreille.

§ II.

Otites compliquées. — Lorsque l'otite est arrivée à un degré plus avancé, la muqueuse devient fongueuse, se recouvre de granulations qui sont généralement les points de départ des polypes. Nous ne ferons pas ici la description de ces petites tumeurs ; nous en dirons seulement ce qui se rapporte plus particulièrement à notre sujet. Les polypes jouent un rôle considérable dans la pathogénie des accidents mortels de l'otorrhée. Ils agissent en entretenant l'inflammation et mécaniquement en empêchant la sortie du pus. Nous avons déjà parlé des inconvénients graves que produit cette rétention. Le fait suivant nous en donnera une démonstration complète.

Observation XII. — Otorrhée, suite de rougeole, depuis 43 ans. Polype de la caisse. Symptômes mortels éclatant subitement. Abcès de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche du cervelet.

La femme H... âgée de 48 ans, avait eu la rougeole à l'âge de trois ans. Il paraît que depuis cette époque elle avait eu l'ouïe dure et une otorrhée. Depuis 17 ans, d'après son mari, on aperçoit un polype dans l'oreille gauche. La malade souffrait souvent de maux de tête surtout par les temps humides, pendant lesquels aussi la surdité augmentait. Dans ces derniers temps, les maux de tête devinrent plus fréquents et plus intenses.

Le 15 juillet 1864, survinrent, sans cause appréciable, des vomissements répétés, en même temps que des douleurs très-violentes, d'abord dans tout le côté gauche, plus tard dans toute la tête. Ces violents maux de tête revinrent les jours suivants et quittaient par moments. Une forte pression sur la tête diminuait la douleur. La surdité augmenta beaucoup à droite. Amenée par son mari le 23, on constate des convulsions de la face, pas de paralysie, contracture des muscles de la nuque. Par l'oreille gauche sort un polype dur et un peu de sérosité jaunâtre. Le pourtour de l'oreille n'est nulle part sensible à la pression.

Le 16, paralysie faciale complète à gauche, puis survinrent des douleurs dans les extrémités, du collapsus, puis des convulsions et la mort, le 17.

Autopsie. — Dure-mère hyperhémiée, cerveau tendu, beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux. Pas de pus à la base du crâne sauf au trou auditif interne. Dans le lobe gauche du cervelet un abcès de la grosseur d'une noix. En enlevant le cerveau, la paroi de l'abcès se rompt. Le facial et l'acoustique, à leur entrée dans le rocher, sont jaunâtres et tombent en purulence. La dure-mère, sur le rocher gauche, se détache facilement, mais est plus adhérente sur le rocher droit.

Le rocher gauche est partout lisse, sans carie, sans thrombus. L'examen attentif de cette oreille montre : que le polype remplit entièrement le conduit auditif, sauf un peu de pus caséeux qui l'entoure. Il n'y a plus de trace du tympan. Le polype remplit également la caisse et a deux racines, l'une sur la paroi labyrinthique, l'autre sur la portion osseuse de la trompe. Le reste de la caisse est rempli de pus caséeux. On ne retrouve rien du marteau ni de l'enclume, mais on retrouve l'étrier déplacé de la fenêtre ovale.

La fenêtre ronde est remplie par la muqueuse épaissie.

On ne trouve nulle part de trace de carie, sauf dans le canal de Fallope. Le vestibule et tous les canaux sont remplis de pus, ainsi que le conduit auditif interne. La portion osseuse de la trompe gauche contient du pus desséché, la partie cartilagineuse, du mucus transparent. (Schwartze. *Arch. der Ohr.*, 1865.)

Il est évident ici, comme le dit Schwartze, que cette mort, si rapide et si inattendue, est due au développement considérable du polype qui bouchait complétement le conduit auditif et empêchait la sortie du pus. Cette observation nous montre que ces polypes doivent être opérés le plus tôt possible.

Les granulations de la caisse semblent présenter quelquefois un degré de gravité plus élevé que les polypes (Schwartze et Vendt ont observé que l'ablation ou la cautérisation des granulations amenait quelquefois des accidents graves, tels

que vomissements répétés, vertiges, violentes douleurs, durant plusieurs heures).

L'examen microscopique des granulations enlevées montrait que leur centre était occupé par des petites masses cholestéatomateuses.

Carie. — La carie des parois de la caisse, la nécrose, surviennent quelquefois très-rapidement dans le cours de l'otite chronique. D'autres fois la maladie dure très-longtemps, comme dans l'observation XI, sans qu'il y ait aucune carie. Il y a sans doute là des prédispositions individuelles dues à la diathèse scrofuleuse. Ces complications de l'otite sont souvent graves, mais la guérison peut encore s'obtenir dans la majorité des cas.

Le diagnostic de la carie n'est pas toujours facile, et très-souvent on ne peut avoir que des présomptions de son existence.

L'examen du pus qui est ichoreux, d'une odeur fétide, est un signe de peu de valeur, car cette fétidité du pus provient plutôt de sa stagnation dans l'oreille au contact de l'air extérieur qu'à son origine. L'examen microscopique du pus a plus de valeur et doit toujours être fait à plusieurs reprises, car dans les cas de carie on y rencontre fréquemment des petites particules osseuses. Mais ces particules osseuses peuvent provenir de la carie des osselets, qui est beaucoup moins grave qu'une carie des parois.

Des douleurs lancinantes, revêtant souvent le caractère de douleurs névralgiques, prenant leur point de départ dans l'oreille malade et s'étendant au côté correspondant de la tête ont été considérées comme un signe de carie.

Le seul moyen qui donne des notions précises sur l'existence de la carie consiste dans l'exploration faite à l'aide d'un stylet.

Mais cette exploration doit être faite avec la plus extrême douceur, car le stylet peut heurter un séquestre mobile et provoquer des accidents graves. Ce moyen ne peut non plus être employé que dans les cas où la carie existe dans les parties visibles à l'explorateur, c'est-à-dire dans le conduit auditif et sur la paroi labyrinthique de la caisse.

Inflammation de l'apophyse mastoïde. — Les rapports de l'apophyse mastoïde avec le cervelet et le sinus latéral, sa structure spéciale, donnent une grande gravité à l'extension de l'otite aux cavités mastoïdiennes. Cette propagation est tellement fréquente qu'on doit la considérer comme la règle dans les inflammations purulentes de la caisse. Il faut distinguer deux formes d'inflammations mastoïdiennes, l'une superficielle, la périostite mastoïdienne, qui se présente généralement comme complication de l'ostéo-périostite du conduit auditif.

Cette propagation se comprend d'autant mieux que le périoste du conduit se continue directement avec celui qui recouvre l'apophyse mastoïde.

L'autre, l'inflammation des cellules mastoïdiennes provient toujours de l'extension d'une inflammation de la caisse qu'elle aggrave beaucoup. Le pus en effet ne peut s'écouler que bien difficilement de ces cavités anfractueuses, dans lesquelles se produisent si facilement des dépôts caséeux, des polypes, des tumeurs perlées. Cette stagnation doit amener inévitablement à la longue l'altération des os qui se portera en dedans et amènera des accidents mortels, ou vers le dehors et donnera lieu à un abcès mastoïdien.

Il est utile de pouvoir diagnostiquer différentiellement ces deux formes d'abcès de l'apophyse mastoïde ; ce diagnostic est assez facile surtout au début. En effet la périostite est une extension d'une périostite du conduit externe, elle s'étend de ce conduit vers l'apophyse. La douleur existe surtout dans le sillon qui sépare la conque de l'apophyse, ce sillon s'efface par le gonflement qui est diffus, étendu. Dans l'abcès provenant des cellules mastoïdiennes, le gonflement est plus circonscrit, la douleur existe surtout sur l'apophyse même, le sillon n'est pas effacé, du moins dans les premiers jours.

L'indication, lorsqu'un de ces abcès se présente, est de l'inciser jusqu'à l'os. Dans le cas de périostite, la guérison se fait assez rapidement. Il n'en est pas de même dans le cas d'abcès mastoïdien. Il reste à la suite de l'ouverture une fistule qui suppure toujours très-longtemps.

Les chirurgiens sont à peu près d'accord aujourd'hui qu'il faut intervenir par l'opération avant de percevoir de la fluctuation sous la peau qui recouvre l'apophyse et dès qu'il y a un gonflement œdémateux accompagné de douleurs. Cette opération consiste à faire une incision de quelques centimètres, le long du sillon de la conque, un peu en arrière de ce sillon pour éviter l'artère auriculaire postérieuse, puis d'entamer l'os à l'aide d'un poinçon, d'une gouge étroite ou d'une petite couronne de trépan. On obtient ainsi une contre-ouverture par laquelle le pus s'écoule facilement, et qui permet de faire d'une manière plus sûre que par le conduit auditif, un nettoyage complet des cavités malades.

M. Duplay a indiqué un signe qu'il considère comme pathognomonique de la périostite de l'apophyse. C'est une rougeur et un gonflement qui siége sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif. L'incision de cette tumeur suffit souvent pour arrêter le développement de l'abcès.

Cholestéatomes. — L'inflammation chronique des cellules mastoïdiennes consécutives à l'otite chronique est à peu près impossible à diagnostiquer; elle n'est généralement reconnue qu'à l'autopsie. Elle peut cependant donner lieu à des abcès se portant vers l'intérieur ou vers le crâne. La carie osseuse a lieu par la stagnation des produits de la suppuration. Il se produit ainsi des amas de matières caséeuses au milieu desquelles on rencontre souvent des tumeurs dites perlées, ou cholestéatomes ; ces tumeurs sont-elles des produits de la transformation du pus ou des néoplasmes ?

Elles sont arrondies, d'un aspect nacré; elles sont composées chimiquement d'une grande partie de cholestérine. Au microscope, on y voit beaucoup de grandes cellules épithéliales pavimenteuses.

La cholestérine que contiennent ces tumeurs peut bien être considérée comme le produit de la transformation des matières grasses du pus ; mais il est difficile d'admettre la même genèse pour les grosses cellules épithéliales qui ne se rencontrent pas normalement dans cette région. Il semble d'un autre côté que ces tumeurs ont plus d'importance au point de vue de la gravité de l'otite qu'un simple dépôt de matière

caséeuse, ainsi que l'a observé Schwartze. D'un autre côté, on en rencontre souvent des petits noyaux au milieu des granulations de la caisse. Il est donc probable que les tumeurs perlées sont un néoplasme dont le développement augmente beaucoup les dangers de l'otite.

Cancer de l'oreille. — Le cancer de l'oreille paraît excessivement rare. M. Duplay dit en avoir vu deux cas, un cancer épithélial et un ostéosarcome. M. Rondot a rapporté, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, un cas très-intéressant d'un cancer des cellules mastoïdiennes. Ce cas simulait parfaitement une suppuration des cellules mastoïdiennes, et il existait une otorrhée depuis l'enfance. (Bölke, *Arch. der Ohr.*, 1855), rapporte un cas d'ostéosarcôme de la caisse qui avait détruit complétement la voûte du tympan et était accompagné d'otorrhée.

Schwartze (*Arch. der Ohr.*,1875) en rapporte une observation que nous allons résumer :

Observation XIII. — Carl Liéfeld, agé de 55 ans, souffre depuis son enfance, à la suite d'une scarlatine, d'otorrhée intermittente et de surdité de l'oreille gauche. Depuis le mois de décembre 1872, il y a des hémorrhagies fréquentes par cette oreille ; depuis janvier, des douleurs s'étendent à toute la moitié gauche de la face. Au premier examen qui eut lieu le 18 janvier, on trouva un œdème de l'apophyse mastoïde.

Le conduit auditif est rempli de pus mêlé de sang.

Après l'avoir enlevé, on vit le sang couler par une perforation du tympan.

Diagnostic posé : Carie du rocher avec lésion probable du sinus transverse.

Pendant les mois suivants les hémorrhagies continuaient assez modérées. Un abcès qui se présenta à la région mastoïdienne fut ouvert et laissa une fistule qui fut entretenue.

Le 29 mars, on put enlever un gros séquestre, non pas par le trajet fistuleux, mais par le conduit auditif et dont l'enlèvement ne calma point les douleurs.

Les hémorrhagies continuaient toujours. La persistance des douleurs nous suggéra l'idée de faire la trépanation de

l'apophyse mastoïde; nous espérions aussi arriver ainsi à arrêter plus facilement l'hémorrhagie par le tamponnement; nous avions abandonné l'idée des lésions du sinus transverse; les granulations qui se trouvaient dans le fond du conduit auditif nous ayant montré la source de ces hémorrhagies.

Après l'incision des parties molles, nous reconnûmes que tout l'os était atteint de carie; nous fîmes l'évidement de cet os, à l'aide d'une petite cuiller à bords tranchants.

Nous avons enlevé ainsi les parties cariées et les granulations jusqu'à ce que nous ayons eu une cavité à parois nettes.

On y plaça un tube à drainage qui ressortait par le conduit auditif. L'hémorrhagie s'arrêta entièrement, ainsi que les douleurs, et pendant quelques semaines le malade se trouva très-bien. Mais une partie de l'os conservait toujours une teinte grisâtre au fond de la cavité et ne se recouvrait pas de granulations. Les hémorrhagies reparurent pendant le pansement et semblaient provenir de granulations qui tapissaient la paroi antérieure du conduit externe.

Les cautérisations répétées de ces granulations ne les modifiaient point. Vers le milieu de mai, les douleurs reparurent peu à peu, et redevinrent très-intenses; il survint de la paralysie faciale.

Au commencement de juin survint un gonflement ganglionnaire en avant de l'oreille, qui devint très-considérable au point d'empêcher le malade d'ouvrir la bouche; le malade s'affaiblissait.

Dans le courant d'août et septembre, plusieurs séquestres furent extraits par le conduit auditif, un nouvel engorgement au tragus fit penser qu'il ne s'agissait pas d'une simple nécrose, mais qu'il devait y avoir une tumeur maligne. Les ganglions cervicaux étaient augmentés de volume et durs.

Pendant ce temps, la cavité mastoïdienne s'était beaucoup agrandie. En y introduisant le doigt, on pouvait sentir la dure-mère à nu. L'examen digital du pharynx y fit reconnaître également une tumeur.

Le 11 octobre, on enleva un petit morceau de la tumeur dont l'examen microscopique fit reconnaître la nature épithéliale

Le malade succomba dans le marasme le 20 novembre.

Autopsie. — Les ganglions du cou sont hypertrophiés et infiltrés d'épithélium. Carie de l'articulation temporo-maxillaire gauche, pachyméningite dans la fosse cérébrale moyenne gauche; le sinus transverse renferme du pus; le sillon est carié, détruit. La moitié externe du rocher, la partie inférieure de la portion pierreuse, l'articulation temporo-maxillaire, l'apophyse mastoïde, le conduit auditif externe, toute la caisse, sauf la paroi labyrinthique restée complétement intacte, ne forment qu'une cavité envahie par le cancer (Schwartze, *Arch. der Ohr.*, 1875).

Les cancers de la caisse ressemblent pendant longtemps, quant aux symptômes qui les accompagnent, à une carie du rocher, compliquée de granulations ou de polypes. Ce n'est que quand l'infection générale survient qu'ils prennent une marche caractéristique. L'examen histologique est donc nécessaire toutes les fois que l'on a affaire à des fongosités saignant facilement, et se reproduisant très-vite quand on veut les détruire par les caustiques.

On a cité des cas de mort survenues après l'ablation de polype; il ne serait pas impossible que dans ces cas on ait eu affaire à des productions d'une nature maligne.

DURÉE DE L'OTORRHÉE.

L'otorrhée est généralement une maladie dont la guérison est longue à obtenir, même dans les cas les plus simples dans lesquels il n'y a d'autre lésion qu'un catarrhe purulent de la caisse. Lorsqu'il existe des complications, cette durée est encore bien plus longue. Livrée à elle-même, l'otorrhée ne guérit pas; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elle peut durer vingt, trente, cinquante ans, sans avoir de sérieux inconvénients pour la santé générale. Dans d'autres cas, sa marche est relativement très-rapide. Le tableau suivant indiquant la date de la maladie et la nature des complications donne un aperçu de ces variétés. Nous en avons exclu les enfants chez lesquels l'otorrhée présente encore plus de gravité que chez l'adulte.

NUMÉROS	AGE.	DURÉE de L'OTHORRÉE.	LÉSIONS AYANT DÉTERMINÉ LA MORT.
1	25 ans	5 ans..........	Nécrose du rocher, abcès du cervelet.
2	34 ans	Depuis l'enfance.	Nécrose du rocher, méningite.
3	46 ans	43 ans.........	Pas de carie, méningite, abcès du cervelet.
4	24 ans	Depuis l'enfance.	Pas de carie, méningite.
5	40 ans	Depuis l'enfance.	Carie du rocher, méningite.
6	23 ans	Depuis l'enfance.	Pas de carie, méningite.
7	22 ans	Depuis l'enfance.	Atrophie des parois de la caisse, perforation, hémorrhagie du sinus transverse.
8	31 ans	10 mois........	Cholestéatome de la caisse, méningite.
9	14 ans	4 mois.........	Carie du rocher, méningite.
10	25 ans	11 ans.........	Pas de carie, thrombose du sinus et de la veine jugulaire.
11	31 ans	1 an...........	Cholestéatome de la caisse, méningite.
12	53 ans	15 ans.........	Cholestéatome des cellules mastoïdiennes, abcès du cerveau.
13	20 ans	10 ans.........	Pas de carie, méningite, phlébite du sinus pétreux supérieur.
14	42 ans	6 mois.........	Carie du rocher, méningite.
15	34 ans	18 mois........	Carie dn rocher, abcès du cerveau.
16	26 ans	Depnis l'enfance.	Carie du rocher, abcès du cerveau.
17	15 ans	Depnis l'enfance.	Carie du rocher, abcès du cerveau.
18	52 ans	21 ans.........	Carie du rocher, méningite.
19	36 ans	15 mois........	Carie du rocher, méningite.
20	18 ans	15 ans.........	Thrombose du sinns transverse, pas de carie.
21	54 ans	10 ans.........	Carie du rocher, thrombose du sinus pétreux inférieur.
22	12 ans	Depuis l'enfance.	Carie du rocher, thrombose du sinns transverse.
23	40 ans	4 ans..........	Carie, thrombose du sinus transverse.
24	12 ans	4 ans..........	Carie, méningite.
25	51 ans	6 ans..........	Carie, méningite, thrombose du sinus latéral.
26	19 ans	Depuis l'enfance.	Carie, abcès du cervelet.
27	23 ans	Depuis l'enfance.	Carie, abcès du cerveau.
28	21 ans	11 ans.........	Cholestéatome de la caisse, thrombose du sinus transverse.
29	14 ans	7 ans..........	Carie, méningite.
30	18 ans	3 ans..........	Carie, méningite.
31	25 ans	4 ans..........	Carie, thrombose du sinus latéral et de la veine jugulaire.
32	14 ans	2 ans..........	Carie, infection purulente.
33	24 ans	10 mois........	Ostéite du rocher, méningite.
34	25 ans	Depuis l'enfance.	Carie, hémorrhagie du sinus latéral, abcès du cerveau.
35	26 ans	Depuis l'enfance.	Pas de carie, abcès du cerveau.

NUMÉROS	AGE.	DURÉE de L'OTORRHÉE.	LÉSIONS AYANT DÉTERMINÉ LA MORT.
36	18 ans	2 ans..........	Carie, abcès du cerveau.
37	44 ans	20 ans.........	Carie, méningite.
38	15 ans	7 ans..........	Carie, phlébite du sinus latéral.
39	42 nus	35 ans.........	Pas de carie, méningite.
40	44 ans	24 ans.........	Carie, abcès dn cerveau.
41	23 ans	14 ans.........	Carie, abcès du cerveau.
42	21 ans	14 ans.........	Pas de carie, abcès du cerveau.
43	24 ans	3 ans..........	Pas de carie, abcès du cerveau.
44	14 ans	12 ans.........	Carie, méningite.
45	45 ans	20 ans.........	Carie, phlébite dn sinus latéral, méningite.
46	27 ans	Depuis l'enfance.	Carie, phlébite des sinus, infection purulente.
47	20 ans	7 ans..........	Carie, phlébite du sinus latéral, abcès du cervelet.
48	19 ans	2 ans..........	Carie, abcès dn cervelet.
49	32 ans	2 ans..........	arie, abcès du cervelet.
50	36 ans	4 mois.........	Carie, abcès du cerveau.
51	21 ans	Depuis l'enfance.	Carie, abcès dn cerveau.
52	15 ans	Depuis l'enfance.	Carie, abcès dn cerveau.
53	18 ans	4 ans..........	Carie, abcès du cerveau.
54	34 ans	4 ans..........	Carie, abcès du cervelet.
55	57 ans	44 ans.........	Carie, phlébite du sinus pétreux supérieur, méningite.
56	44 ans	7 ans..........	Carie, ulcération de la carotide.
57	50 ans	6 mois.........	Carie, ulcération de la carotide.
58	47 ans	3 mois	Carie, ulcération de la carotide.
59	28 ans	Depuis l'enfance.	Carie, méningite.
60	46 ans	4 ans..........	Carie, phlébite du sinus latéral.
61	14 ans	4 mois.........	Carie, méningite.
62	25 ans	2 ans..........	Carie, méningite, abcès du cerveau.
63	23 ans	15 mois........	Carie, méningite.
64	37 ans	30 ans.........	Carie, phlébite de la jugulaire, méningite.
65	14 ans	12 ans.........	Carie, méningite.
66	24 ans	8 mois.........	Carie, phlébite du sinus pétreux.
67	21 ans	3 ans..........	Carie, phlébite du sinus transverse.
68	46 ans	Depuis l'enfance.	Carie, abcès du cervelet.
69	35 ans	Depuis l'enfance.	Carie, méningite, abcès dn cervelet.
70	10 ans	Depuis l'enfance.	Carie, phlébite du sinus transverse, infection purulente.

Ainsi, dans ces 70 cas, choisis parmi les observations qui donnent les détails les plus précis, nous obtenons en les décomposant :

DURÉE DE LA MALADIE.

<table>
<tr><td rowspan="5">33 cas.</td><td>De 3 mois à 1 an</td><td>10 cas.</td></tr>
<tr><td>De 1 an à 2 ans</td><td>5 cas.</td></tr>
<tr><td>De 2 ans à 3 ans</td><td>3 cas.</td></tr>
<tr><td>De 3 ans à 4 ans</td><td>6 cas.</td></tr>
<tr><td>De 4 à 10 ans</td><td>9 cas.</td></tr>
<tr><td></td><td>De 10 à 20 ans</td><td>14 cas.</td></tr>
<tr><td></td><td>De 20 à 30 ans</td><td>15 cas.</td></tr>
<tr><td></td><td>De 30 à 40 ans</td><td>5 cas.</td></tr>
<tr><td></td><td>Plus de 40 ans</td><td>3 cas.</td></tr>
</table>

AGE DU MALADE.

De 10 à 20 ans	20 cas.
De 20 à 30 ans	22 cas.
De 30 à 40 ans	12 cas.
De 40 à 50 ans	11 cas.
De 50 à 60 ans	5 cas.

Ces tableaux démontrent l'extrême durée que peut atteindre une otorrhée. Dans le cas n° 3, l'otorrhée datait de 43 ans ; dans le n° 39, de 35 ans, et il n'y avait point de carie. L'âge extrême qui ait été atteint est de 57 ans. La plus grande fréquence de la maladie est de 10 à 30 ans. Nous avons éliminé avec raison les cas fort nombreux qui se rapportent à de jeunes enfants, parmi lesquels la mortalité à la suite d'otorrhée est beaucoup plus considérable, et chez lesquels il y a des causes spéciales d'aggravation.

Le médecin est souvent appelé à délivrer des certificats, soit pour l'armée ou pour les grandes administrations, les Compagnies de chemins de fer, les Compagnies d'assurances sur la vie, et, dans ces cas, l'existence d'une otorrhée lui impose la plus grande réserve, s'il ne veut pas encourir une grave responsabilité.

On rencontre rarement l'otorrhée chez le vieillard, tandis qu'elle est extrêmement fréquente pendant l'enfance et l'adolescence.

Que deviennent donc les nombreux malades atteints de cette affection ? Guérissent-ils spontanément pendant l'âge adulte, comme l'ont prétendu quelques auteurs ? Cette guérison spontanée nous semble bien problématique pour une maladie qui offre tant de ténacité, résiste si longtemps aux traitements les plus rationnels, et dont la guérison même, une fois obtenue, est souvent si précaire. Les malades succombent-ils jeunes, et l'otorrhée est-elle une cause active de mort prématurée ? Nos observations propres et nos recherches semblent l'indiquer.

Il est difficile d'admettre qu'une suppuration prolongée, accompagnée si souvent de carie osseuse, abandonnée presque toujours à elle-même, siégeant dans un organe très-vasculaire, dont la disposition anatomique facilite la stagnation du pus, où le pus stagnant se trouve en contact permanent avec l'air atmosphérique qui lui donne des qualités plus nocives, plus infectieuses, plus septiques en un mot, il est difficile d'admettre, dis-je, qu'une pareille affection puisse être inoffensive pour l'organisme. Les faits démontrent suffisamment la fréquence de l'infection purulente aiguë due à l'otite; pourquoi une infection chronique ne se produirait-elle pas également ? Plusieurs auteurs allemands, Trœltsch surtout, ont insisté sur ce point et croient que l'otorrhée est souvent la cause directe du développement d'une tuberculose miliaire aiguë. Personne n'ignore l'influence pernicieuse des longues suppurations des os sur la santé générale. Nous voyons tous les jours des malades atteints de carie, de nécrose, tomber lentement dans le marasme, et malgré les traitements les plus toniques, s'éteindre dans l'état cachectique, ou succomber au développement rapide d'une tuberculisation. N'est-ce point là une véritable infection produite par la résorption lente des produits de la suppuration, et quelque chose de semblable ne peut-il se produire dans l'otorrhée, sans même qu'il y ait eu carie de l'os ? N'est-il pas démontré expérimentalement que l'on produit la tuberculisation, non-

seulement en inoculant du tubercule, mais même en inoculant du pus? que la suppuration prolongée d'un séton peut la produire également?

On connaît depuis longtemps la coïncidence de l'otorrhée et de la phthisie ; mais il y a ici deux ordres de faits bien différents. Il y a une otorrhée qui se développe dans la dernière période de la phthisie, et qui n'est qu'une propagation de l'inflammation pharyngienne jusqu'à la caisse à travers la trompe d'Eustache. Sur un sujet déjà cachectique, cette otorrhée est naturellement purulente, suit une marche très-rapide et s'accompagne à peu près toujours de carie. Dans l'autre ordre de faits, l'otorrhée a précédé de bien longtemps les premiers signes de la tuberculisation. Y a-t-il dans ces cas un rapport inverse, la suppuration de l'oreille a-t-elle eu une influence pathogénique sur le développement de la tuberculose? Il n'y a pas assez de faits bien établis pour permettre de répondre à cette question, mais elle n'est pas sans importance et mérite d'être étudiée.

La tuberculose primitive du rocher est une affection excessivement rare, et niée même par beaucoup d'otologistes. Comme il existe une maladie qui consiste dans le dépôt de matières tuberculeuses dans les os en général, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne se produise pas aussi dans le rocher. Autrefois, en France surtout, on la considérait comme étant très-fréquente, parce qu'on trouvait en même temps qu'une destruction plus ou moins considérable de l'os, des dépôts de matière caséeuse dans la caisse et surtout dans les cellules mastoïdiennes. Mais rien ne ressemble plus à de la matière tuberculeuse que du pus épaissi et desséché, et si aujourd'hui on ne saurait nier complétement la tuberculisation du rocher, on doit admettre qu'elle est extrêmement rare.

CORPS ÉTRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES.

A M. LE Dr KRISHABER.

Paris, le 1er novembre 1876.

Mon cher ami,

Vous souvient-il d'une perle bleue que j'eus le bonheur d'extraire de la trachée d'une petite fille devant vous et notre cher maître le Dr Roger? Si j'ai bonne souvenance, voici comment les choses s'étaient passées. Deux jours avant l'opération, une femme s'était présentée à ma consultation, m'amenant sa fillette, âgée de 8 ans, laquelle avait, disait-elle, aspiré une perle dont elle montrait le modèle et cela par le mécanisme ordinaire. La petite tenait cette perle dans la bouche ; une de ses camarades l'avait fait rire, et tout aussitôt le corps étranger avait disparu dans la trachée. Un violent accès de suffocation s'était alors manifesté ; un calme à peu près complet avait suivi, et quatre heures après seulement un nouvel accès avait inquiété la mère au point de l'engager à conduire sa fille à l'hôpital et à l'y laisser si besoin était. Je lui donnai aussitôt un billet d'entrée, et je la mis en observation. Le jour de son admission elle n'eut qu'un accès vers le soir ; un autre plus faible dans la nuit. Le second jour, deux accès, aucun durant la nuit.

Le troisième jour, par conséquent, j'observais ma petite malade avec une certaine anxiété ; son état général était excellent ; la fièvre nulle ; l'appétit satisfaisant et j'avais toute les peines du monde à me décider à ouvrir la trachée pour aller à la recherche d'un corps étranger dont l'existence même ne m'était pas absolument démontrée, quand vous arrivâtes et voulûtes bien à votre tour examiner la malade. Bien que j'eusse pris les devants au point de vue d'un avis médical et que M. le Dr Roger eût promis, dès le matin, de descendre voir notre patiente, nous tînmes à nous deux un petit conseil préliminaire et nous nous engageâmes réciproquement à l'abstention, vous, vous appuyant sur ce fait que très-probablement la perle était logée dans un des ven-

tricules laryngés, et que par suite la trachéotomie ne l'en délogerait pas ; moi, considérant qu'il serait bien téméraire d'ouvrir la gorge à un enfant qui paraissait si bien se porter.

Notre siége était à peu près fait, quand arriva M. le Dr Roger. Il examina la malade avec le plus grand soin, l'ausculta à plusieurs reprises et déclara que, pour lui, le corps étranger existait réellement et se trouvait exactement situé dans la bronche gauche ; il donnait comme preuve à l'appui un murmure respiratoire beaucoup plus faible du côté gauche que du côté droit. Il insista de plus pour une trachéotomie immédiate. L'abstention, nous dit-il, ne doit pas être plus longtemps continuée. Si vous n'intervenez pas, le corps étranger, par sa seule présence, va déterminer une pneumonie et très-probablement l'enfant succombera sans qu'il soit possible de lui porter secours. Opérez-la donc immédiatement, puisqu'il est bien reconnu que la trachéotomie par elle-même n'est pas une opération dangereuse. Vous n'aurez pas plutôt ouvert la trachée que la perle vous tombera dans la main.

En présence de cette affirmation et de cette autorité, je n'hésitai pas.

L'enfant fut aussitôt transportée sur le lit d'opération ; j'incisai d'un seul coup le cartilage cricoïde et l'anneau de la trachée, et j'avais à peine introduit dans la plaie mon dilatateur que, suivant la promesse de M. Roger, la perle me tombait littéralement dans la main, projetée comme par une sarbacane. Ai-je besoin d'ajouter que l'enfant guérit très-rapidement et quitta bientôt l'hôpital, n'ayant qu'un regret, celui de ne pouvoir emporter sa perle que j'avais soigneusement incluse dans mon porte-monnaie et que je garde précieusement comme un fétiche.

Dr DE SAINT-GERMAIN.

FAITS CLINIQUES.

DEUX OBSERVATIONS DE CARIE DU LARYNX,

par MM. **Cartier** et **Masson**, internes des hôpitaux de Saint-Étienne.

I. — *Carie du larynx; communication de l'œsophage et de la trachée déterminée par une canule laissée à demeure pendant six ans, après une opération de trachéotomie;* par M. Cartier.

Cette note, qui est le complément d'une observation intéressante publiée en 1870 dans *Lyon Médical* par M. le docteur Bergeret (de Saint-Léger), médecin des hôpitaux de Saint-Étienne(*Voir* tome VII, p. 105), a été également insérée dans le journal *Lyon Médical*, 1876.

Nous résumons, en quelques mots, cette observation : Le nommé M..., âgé de 45 ans, serrurier, fut trachéotomisé une première fois par M. Bergeret, le 20 juillet 1870, pour des accès de suffocation survenus dans le cours d'une laryngite ulcéreuse.

Le 15 août, nouveaux phénomènes d'asphyxie, nouvelle trachéotomie.

Enfin, le 30 août, une nouvelle opération est faite à la suite d'accidents semblables.

Huit jours après, le malade rendait par sa canule un caillot au centre duquel se trouvait un fragment d'os nécrosé, et le 1er octobre, dans de violents efforts de toux, il rejetait par la bouche une grande partie des cartilages ossifiés (1) de son larynx.

Depuis cette époque la santé de ce malade se rétablit. Il

(1) Nous employons le mot *ossifiés* pour nous conformer au langage reçu, mais on sait aujourd'hui qu'il n'y a pas là ossification véritable. Ce n'est qu'un encroûtement par les sels terreux (carbonate de chaux, et plus souvent phosphates de chaux et de magnésie).

garda sa canule à demeure, mais il dut la faire changer à plusieurs reprises, par suite des ulcérations que le bout inférieur déterminait sur la paroi postérieure de la trachée. Nous croyons savoir qu'il a fait un séjour dans les hôpitaux de Lyon.

Le 19 février, il est entré à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne dans un service de médecine. Il avait alors une bronchite. Voici les renseignements que m'a donnés à ce propos mon collègue Bruyère, interne du service :

Le malade ne présentait pas de symptômes de tuberculose ; il était seulement un peu amaigri et sujet à des accès de dyspnée. Parfois la nuit il avait des accès de suffocation : cela pouvait tenir, selon nous, à l'encombrement de sa canule par des mucosités, car nous devons dire qu'il était très-peu soigneux de son appareil. Loin de porter un foulard au devant du cou, comme on lui conseillait, il s'était depuis longtemps débarrassé de la canule interne (1), se contentant de nettoyer avec les barbes d'une plume celle qui lui restait.

Cet homme pouvait parler d'une façon encore très-compréhensible, mais, pour cela, il était obligé de boucher avec le doigt l'orifice de sa canule et de la relever en faisant basculer son extrémité inférieure contre la paroi antérieure de l'arbre aérien. On comprend que de cette façon il créait une voie à l'air jusqu'au larynx.

Au commencement du mois d'avril, il dut passer en chirurgie dans le service de M. Magnien. Depuis quelque temps les aliments sortaient par sa canule pendant la déglutition.

M. Magnien put constater *de visu*, en s'éclairant avec le laryngoscope, un point ulcéré sur la paroi postérieure de la trachée, et introduire un stylet jusque dans l'œsophage. L'ulcération avait alors une forme étoilée.

La canule du malade fut remplacée par une plus longue, et pendant quelques jours une amélioration parut s'établir. Mais, dans le courant de mai, les accidents reparurent plus intenses. Des morceaux d'aliments volumineux étaient reje-

(1) Ce malade vendit sa canule pour boire, un jour que ses fonds étaient à la baisse.

tés par l'orifice trachéal, et bientôt le malade ne put avaler ni solide ni boissons. On tenta de le nourrir avec la sonde œsophagienne ; elle fut mal supportée. Un jour que je lui administrai, de cette façon, une seringue de bouillon, le malade croyant la sonde trop enfoncée voulut la retirer un peu, et fit sortir, dans ce mouvement, des flots de liquide par sa canule.

Il est mort dans un état cachectique le 10 juin.

L'autopsie a révélé une large communication entre la trachée et l'œsophage. La perforation commence au niveau du point qui devait être en contact avec le bout terminal de la canule, et se prolonge en bas. Elle est ovalaire, son grand diamètre mesure 5 centimètres. Au-dessous il en existe une plus petite, séparée de la première par un lambeau de muqueuse. Plus bas encore, la muqueuse œsophagienne présente nne traînée oblique sur laquelle on rencontre les orifices d'un grand nombre de trajets fistuleux qui, remontant dans le tissu conjonctif, font communiquer la trachée et l'œsophage, pour s'ouvrir dans cette dernière sur les limites de la grande perforation. Tout autour existent d'autres points ulcérés.

Une coupe permet d'examiner l'état de la trachée et du larynx.

Immédiatement au-dessous de cet organe, jusqu'au niveau de la perforation, la muqueuse trachéale n'est pas reconnaissable ; elle a l'aspect de la membrane pyogénique d'un abcès.

Nous ouvrons le larynx par derrière. Sur ce point, le cartilage cricoïde n'est plus représenté que par une languette fibro-cartilagineuse. Sur les côtés, on sent des fragments osseux complétement détachés des parties molles. La muqueuse du larynx œdématiée et boursoufflée ne permet pas de distinguer ce qui reste des cordes vocales inférieures, ni de prendre la mensuration de la glotte qui est extrêmement atrésiée. La corde vocale supérieure droite est remarquable par son développement exagéré ; elle remplit en quelque sorte la cavité du larynx. En avant, on ne trouve plus la saillie vulgairement nommée la pomme d'Adam. Le carti-

lage thyroïde est affaissé et comme étalé. Malgré cette déformation, il paraît intact dans sa partie supérieure, mais en bas il est certainement tributaire de la carie, et concourt à fournir les séquestres que nous avons signalés.

Comme complément de l'autopsie, notons l'engorgement très-marqué des ganglions bronchiques et l'aspect du poumon qui rappelle tout à fait celui de l'encombrement charbonneux; je crois qu'ici il est plus rationnel de voir un encombrement par les poussières.

Cette observation vient à l'appui de tout ce qui a été dit touchant l'utilité ou plutôt la nécessité de la trachéotomie, dans le cas d'obstruction des voies aériennes par une lésion du larynx. On peut se reporter au travail de M. Bergeret et comparer les résultats dans les cas où l'on est intervenu, et ceux où rien n'a été fait. Une observation récente, prise dans le service de M. Merle par mon collègue Masson, et publiée à la suite de cette note en est comme le corollaire. Chez notre malade évidemment la lésion n'a été nullement modifiée par l'opération, la maladie a suivi sa marche, puisque nous retrouvons des cartilages ossifiés en voie de s'éliminer. Mais grâce à l'intervention chirurgicale, le malade a pu vivre et *il a vécu six ans*.

On peut se demander s'il n'était pas dans les ressources de la science de reculer encore l'échéance fatale. Pouvait-on empêcher la perforation qui a eu lieu? Marshal Hall a recommandé, il est vrai, d'enlever un segment circulaire de la trachée et de ne pas mettre de canule. Quoi qu'il en soit, ce procédé était inutile dans le cas présent. Par suite du long usage de la canule, la plaie de la trachée restait parfaitement ouverte; il était même impossible d'en rapprocher les lèvres. Or, le malade pouvait supporter une minute à peine l'absence de son appareil, il étouffait. On aura, je crois, l'explication du phénomène si l'on se rappelle que le cartilage cricoïde était effondré, et qu'il est normalement le seul anneau cartilagineux complet qui maintienne béantes les voies aériennes.

Charrière a fabriqué une canule articulée dont le bout inférieur est mobile. Peut-être, appliquée dès le début, aurait-elle été mieux supportée?

Je dois à l'amitié de mon collègue Masson de pouvoir joindre à l'observation une esquisse de la pièce pathologique. L'œsophage est fendu en arrière sur la ligne médiane et ses parois sont rabattues de chaque côté.

II. — *Carie du larynx ; mort ;* par M. Masson.

Comme complément de l'observation prise dans le service de M. Magnien par mon ami Cartier, je me permets de vous présenter l'histoire d'une malade du service de M. le docteur Merle. Cette seconde observation, rapprochée de celle de mon collègue, lui empruntera peut-être un peu d'intérêt.

Voici les faits :

Dans le courant du mois de mai se présenta à la consultation la fille Andrée, âgée de 28 ans, affectée d'une extinction de voix accompagnée d'efforts respiratoires très-pénibles; le tout datant de quelques semaines.

A la palpation rien n'était sensible, sauf un peu de thyroïdite.

La malade, ne voulant pas entrer à l'hôpital, suivit chez elle pendant quelques jours une médication dont l'iodure de potassium était la base.

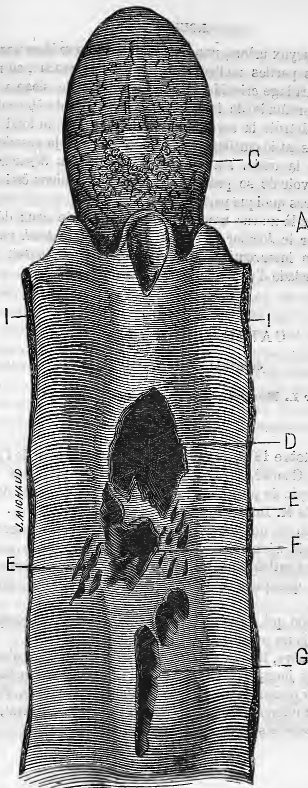
Aucune amélioration ne s'étant manifestée, la malade revint pour entrer dans les premiers jours du mois de juin.

La médication à l'iodure de potassium fut maintenue provisoirement, et l'examen au laryngoscope remis au lendemain.

Malheureusement dans la nuit même la dyspnée augmenta ; vers une heure du matin il y eut un accès de délire, à la suite duquel l'aumônier, prévenu immédiatement, la trouva sans voix.

La trachéotomie, que le chef de service avait annoncée comme pouvant et devant être appliquée d'un moment à l'autre, n'ayant pu être faite par l'interne de garde qui ne fut pas appelé, la fille Andrée mourut (singulière coïncidence) le jour même de l'autopsie de Morin.

L'examen du cadavre a démontré l'intégrité du conduit aérien depuis le larynx jusqu'aux bronches.



A. Epiglotte. — C. Langue. — I. Parois de l'œsophage rabattue de chaque côté après une section médiane. — D. Grande perforation qui fait communiquer l'œsophage et la trachée. — F. Perforation secondaire. — E. G. Ulcérations.

Dans le larynx même, nous avons trouvé un œdème assez marqué des parties molles, mais sur le côté gauche, au niveau du cartilage cricoïde et dans le ventricule siége une ulcération profonde de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui a détruit la corde vocale inférieure, et au fond de laquelle on sent le cartilage ossifié, c'est-à-dire à la première période de la carie. Du côté droit, les mêmes désordres étaient en voie de se produire, mais les altérations étaient bien moindres quoique parfaitement visibles.

C'est donc là un cas nouveau à rapprocher de ceux déjà signalés par le docteur Bergeret dans *Lyon Médical*, pour justifier une intervention qui, arrivée à temps, aurait pu sauver la malade d'une mort fatale et à bref délai.

CARIE DU ROCHER.

COMPLICATIONS MORTELLES,

par **L. Roullet,** interne provisoire des hôpitaux.

PREMIER CAS.

Le 15 octobre 1876, se présentait à la consultation de l'hôpital de la Charité, le nommé Dumonteil (Félix), âgé de 20 ans, garçon de pharmacie, qui fut admis d'urgence dans le service de M. Bourdon, salle Saint-Louis, n° 19.

Le malade est un jeune homme blond, pâle, d'apparence chétive, mais néanmoins ayant joui jusque-là d'une santé relativement satisfaisante : aucune maladie grave antérieure, seulement quelques manifestations de la diathèse scrofuleuse.

La maladie qui l'amène à l'hôpital avait débuté brusquement cinq jours avant son entrée.

Le 10 octobre, il avait travaillé comme d'habitude, il n'avait éprouvé les jours précédents aucun phénomène morbide ; mais le soir même il fut pris d'un frisson assez violent, d'une céphalalgie intense ; en même temps la fièvre apparut, et des vomissements se montrèrent dans la nuit.

Du 10 au 15 octobre, il dut garder le lit : la fièvre devint intense et se maintint, les vomissements continuèrent ; la station verticale et la marche lui étaient impossibles, et il se fit transporter à l'hôpital sur un brancard.

A son entrée on constate la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde que l'on est tenté d'admettre vu l'épidémie régnante : prostration, hébétude, réponses lentes et difficiles, dureté de l'ouïe ; pas de râles dans la poitrine ni de diarrhée, mais ventre un peu ballonné avec douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite.

A la visite du soir, le malade est dans le même état. Il accuse une céphalalgie frontale atroce plus accentuée à droite ; les pupilles sont égales et normales, l'ouïe est notablement diminuée. Pas de carphologie, pas de soubresauts de tendons, le malade reste inerte couché sur le côté droit, la tête appuyée sur sa main. L'anorexie est absolue, la langue pointue, rouge, visqueuse. Quelques vomissements verdâtres. Le ventre est légèrement ballonné, sensible dans toute son étendue, mais surtout dans la fosse iliaque droite où la pression détermine du gargouillement. La constipation persiste. Rien du côté des poumons et du cœur, aucune éruption cutanée.

La fièvre est vive, la peau sèche, brûlante (T. 39°,9, P. 120).

16 octobre m. T. 38°,2, P. 104.
— s. T. 38°,8, P. 112.

La nuit a été mauvaise : le malade a été agité, il a eu un peu de délire. Le matin, on le trouve dans le même état, et l'ensemble des symptômes qu'il présente, rapproché de la constitution médicale actuelle, fait porter le diagnostic de fièvre typhoïde, bien que quelques phénomènes (brusquerie du début, vomissement, intensité de la céphalalgie, constipation...) aient pu faire penser un instant à la possibilité d'une méningite.

Le malade est soumis au traitement que M. Bourdon emploie ordinairement dans la fièvre typhoïde : Diète, toniques, légères purgations tous les deux jours et deux demi-lavement simples les jours intercalaires.

17 octobre m. T. 38°,4, P. 102
— s. T. 40°,1, P. 108
18 — m. T. 40°,1, P. 104
— s. T. 38°,9, P. 116
19 — m. T. 38° , P. 102
— s. T. 38°,8, P. 112

Du 16 au 19 rien, à noter : la prostration s'accuse de plus en plus, le délire persiste. Les vomissements ont cessé le 18 pour ne plus reparaître. Toujours aucune éruption et pas de diarrhée.

Le 19 le ballonnement du ventre s'est un peu plus accusé. L'augmentation de la douleur dans la fosse iliaque droite, décide M. Bourdon à faire appliquer sur cette région six ventouses scarifiées qui ont amené un soulagement immédiat.

Dans l'après-midi, le malade est pris d'une épistaxis assez abondante.

20 octobre, m. T. 37°,5, P. 96
s. T. 39°,2, P. 120

Le ventre s'est un peu affaissé depuis l'application des ventouses.

21 octobre m. T. 38°,5, P. 120
— s. T. 39°,3, P. 120
22 — m. T. 38°,8, P. 120
— s. T. 39°,6, P. 132

La prostration est de plus en plus accentuée : le malade reste couché immobile sur le dos. Toujours pas de diarrhée, pas de taches rosées.

Le ventre est manifestement rétracté en bateau. De plus, des râles nombreux à la base des deux poumons indiquent une congestion pulmonaire très-accusée (ventouses sèches).

23 octobre m. T. 39° , P. 132
— s. T. 39°,5, P. 146, R. 60

L'état du malade est désespéré : la mort arrive le 24 à 5 heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie montre l'intégrité parfaite de l'intestin.

Rien au cœur.

Congestion interne à la base des deux poumons, qui ne présentent aucune lésion tuberculeuse.

A l'ouverture du crâne, rien à noter si ce n'est une turgescence des vaisseaux de la dure-mère plus accusée à gauche ; à l'incision de la dure-mère, on voit s'échapper du côté gauche une quantité notable de pus crémeux : tout l'hémisphère gauche du cerveau est entouré d'une couche purulente : les circonvolutions sont ramollies à leur surface.

Le cervelet et ses enveloppes sont sains.

L'encéphale une fois enlevé, on constate que la dure-mère qui recouvre la face cérébelleuse du rocher est saine, tandis que celle qui recouvre sa face *cérébrale* est épaissie, ramollie, verdâtre et complétement détachée de l'os.

Ce n'est qu'après avoir enlevé la dure-mère que l'on trouve le rocher profondément altéré, non-seulement à sa surface qui est d'un brun noirâtre au niveau de la paroi supérieure de la caisse, mais aussi dans son épaisseur où l'on trouve une otite moyenne suppurée, fait qu'est venu alors confirmer un écoulement purulent par le conduit auditif externe, phénomène qui avait passé inaperçu pendant la vie.

DEUXIÈME CAS.

Cette observation nous a rappelé un autre cas de lésion méningo-encéphalique consécutive à une carie du rocher.

C'était un homme de 42 ans, couché au n° 8, salle Saint-Jean, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy. Ce malade présentait depuis longtemps un écoulement purulent par le conduit auditif externe droit, et tous les signes d'une carie du rocher correspondant.

Depuis quelques semaines il se plaignait de céphalalgie occipitale assez bien localisée au côté droit, de vertiges et titubations dans la marche et de vomissements.

M. Bucquoy porta le diagnostic de lésion cérébelleuse consécutive à une carie du rocher, diagnostic qui ne tarda pas à se trouver confirmé par l'autopsie.

Au bout de quelques jours, en effet, le malade tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie on trouva une carie du rocher, un épaississement de la dure-mère au niveau de cet os, et un abcès dans le lobe droit du cervelet; mais, fait à remarquer, le pus de la carie du rocher et le pus de l'abcès du cervelet n'avaient aucune communication entre eux : les deux foyers purulents étaient séparés par la dure-mère épaissie, et par une couche de substance cérébelleuse.

Les deux cas que nous venons de rapporter sont intéressants à plus d'un point de vue. Tous deux démontrent la gravité de ces complications, tous deux démontrent aussi le pronostic toujours grave de la carie du rocher.

La première observation nous démontre de plus, combien le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la méningite aiguë est parfois difficile.

D'un côté nous avions pour la méningite le début brusque, les vomissements, la constipation, l'intensité de la céphalalgie. Mais tous ces symptômes n'étaient pas incompatibles avec l'idée d'une fièvre typhoïde : la céphalalgie, si intense qu'elle soit, peut aussi bien appartenir à la méningite qu'à la fièvre typhoïde : les vomissements y sont vus quelquefois; quant à la brusquerie du début et la constipation, ils ne pouvaient être pour nous d'une grande valeur, car nous venions justement d'observer dans l'épidémie actuelle quelques cas suivis d'autopsie où ces deux anomalies s'étaient présentées.

Au contraire, la constitution médicale actuelle, l'état des pupilles, les phénomènes abdominaux, indiquaient le diagnostic de fièvre typhoïde et empêchaient de s'arrêter plus longtemps à l'idée d'une méningite.

Toutefois un phénomène aurait pu mettre sur la voie du diagnostic, s'il n'eût passé inaperçu. Nous voulons parler de l'écoulement de pus par le conduit auditif externe. Mais si l'on se rappelle l'état de prostration dans lequel se trouvait le malade au moment de son entrée, si de plus on songe que dans la fièvre typhoïde la dureté de l'ouïe est un symptôme ordinaire, on comprendra facilement comment l'attention n'a

pas été attirée d'une manière spéciale de ce côté, et comment ce phénomène important pour le diagnostic a été complétement méconnu.

D'ailleurs eût-il été reconnu, le diagnostic n'en aurait peut-être pas été rectifié, car on peut observer des écoulements purulents de l'oreille dans la fièvre typhoïde.

Le second cas est intéressant à un tout autre point de vue. Nous avons dit que l'abcès du cervelet était complétement indépendant du foyer purulent du rocher. C'est dans ces cas que Itard et quelques autres auteurs ont avancé que l'otite purulente était consécutive à la lésion encéphalique. Cette doctrine a été de nouveau défendue par Bertin; mais depuis Lallemand, la plupart des auteurs refusent d'admettre l'existence de ces otites purulentes de cause centrale. C'est du moins l'opinion admise par Toynbee, Gull, Lebert, Duplay,... et soutenue dans tous les travaux modernes.

ANGINE ULCÉREUSE DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOIDE

(Service du Dr Desnos à la Pitié).

A. T..., 25 ans. — Cet homme est à Paris depuis un an seulement; il y exerce la profession de teinturier. Il y a six ans, il fut atteint de varioloïde. Depuis, excellente santé. Tempérament sanguin, forte constitution.

Dès la première semaine d'octobre, le malade éprouve quelques malaises; un peu de céphalalgie, de perte d'appétit et de fatigue musculaire. De vendredi à samedi 7 octobre, fièvre, insomnie, agitation, douleur de tête violente. A dater de ce jour, il est obligé de garder le lit. Les jours suivants, la maladie se caractérise de plus en plus; la diarrhée s'établit, après un purgatif, il est vrai, mais depuis elle n'a plus cessé. La veille du transport à l'hôpital, épistaxis modérée.

Entrée à l'hôpital le 11 octobre, au cinquième jour de la maladie. Symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, à forme abdominale; peu de prostration, céphalal-

gie persistante; insomnie habituelle depuis le début de la maladie. La peau est chaude, mais non dépourvue d'une certaine moiteur. Langue large, saburrale, rouge à la pointe; météorisme peu prononcé, diarrhée modérée : quatre à cinq selles dans la journée. Cinq ou six taches rosées sur la paroi abdominale; quelques taches ombrées. Le pouls est à 86 avec tendance au dicrotisme; la température à 40°,3. — Pour traitement, 2 grammes d'acide salicylique.

Les jours suivants, rien de particulier à noter. La température oscille de 39°,5 à 39°,8 ou 40°.

Le 15 octobre, au neuvième jour, le malade se plaignit de souffrir de la gorge, surtout pendant la déglutition. Or, à l'examen du pharynx, voici ce que l'on put constater: la muqueuse présente partout une hyperhémie assez vive, plus prononcée cependant au niveau de l'isthme et des amygdales. Sur les piliers antérieurs, à leur union avec le voile, existent deux ulcérations, l'une à droite, l'autre à gauche, symétriques, et présentant toutes les deux les mêmes caractères, sauf les dimensions, celle du côté gauche étant un peu plus étendue que l'autre. Ces ulcérations sont ovalaires, obliques suivant la direction du pilier antérieur, longues de 15 et larges de 8 à 10 millimètres environ. Elles dépassent en profondeur le revêtement épithélial, et se distinguent bien des érosions catarrhales; le derme muqueux est certainement intéressé quoique superficiellement. Les bords sont rouges, vivement congestionnés et relevés sur le fond qui présente une teinte gris jaunâtre. On ne peut rien en détacher qui ressemble à une fausse membrane. Il était impossible de ne pas trouver à ces ulcérations pharyngées une certaine analogie avec les ulcérations intestinales. Pas d'engorgement appréciable des ganglions sous-maxillaires. — Gargarisme émollient.

Le 19 octobre. Les ulcérations commencent à se modifier. Les bords se sont affaissés, ils sont aussi moins rouges : la perte de substance paraît moins profonde. Du reste la douleur a tout à fait disparu.

Le 23. Les bords et le fond des ulcérations sont au même

niveau ; la perte de substance est comblée ; elle prend une teinte rosée légèrement granuleuse.

Le 30 octobre. L'épithélium s'est reproduit. La région occupée par les ulcérations ne se distingue plus que par une dépression très-légère et une coloration un peu plus foncée que le reste de la muqueuse.

Du reste, la fièvre typhoïde suivit sa marche habituelle dans les cas légers : la convalescence fut rapide et sans aucun accident.

Les complications pharyngées sont assez fréquentes dans le cours de la dothiénentérie. Quelques malades présentent dès le début une angine érythémateuse, qui, le plus souvent, passe inaperçue ; chez d'autres il existe un léger gonflement des amygdales. Ces faits s'expliquent aisément : la fièvre typhoïde frappe surtout l'appareil lymphatique du tube digestif ; or, on sait depuis les travaux de Frey, que le pharynx est riche en éléments lymphatiques, très-comparables à ceux de l'intestin. Enfin, dans certaines épidémies, on peut observer des angines diphthéritiques secondaires.

Quant aux angines à forme ulcéreuse, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'ulcération, elles sont beaucoup plus rares. Parmi les auteurs qui ont écrit sur la dothiénentérie, Huxham et Forget ont les premiers signalé des exemples d'ulcérations aphtheuses développées dans le pharynx, au cours de la fièvre typhoïde. M. le Dr Desnos rapporte un fait analogue dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Le malade dont nous venons de donner l'observation avait-il des ulcérations aphtheuses, ou bien les ulcérations qu'il a présentées sont-elles susceptibles d'une autre interprétation. Peut-être applique-t-on trop facilement la dénomination d'aplthes à toutes les ulcérations bénignes du pharynx. Il nous a semblé que les ulcérations que nous avons décrites présentaient peu les caractères des aphthes qui généralement sont plus nombreux et de dimensions bien moins considérables. On peut donc au moins poser la question de savoir s'il ne s'agit pas, dans ce cas particulier, d'un processus analogue à celui qui se développe dans l'appareil lymphatique de l'intestin ; en un mot, si les pertes

de substance de la muqueuse n'ont pas leur point de départ dans les follicules lymphatiques du pharynx. Ces follicules sont fréquemment atteints au moins de congestion dès les premières périodes de la dothiénentérie, et de cette congestion résulte le gonflement des amygdales et l'angine érythémateuse ; il n'est pas invraisemblable que la lésion légère et superficielle, dans la grande majorité des cas, puisse quelquefois aller jusqu'à l'ulcération. Au point de vue de la localisation et de la symétrie remarquables de ces deux ulcérations, il serait intéressant de rechercher si les points de la muqueuse pharyngée où elles se sont développées sont plus particulièrement riches en éléments lymphatiques.

L. Bouveret.
Interne des hôpitaux.

TUMEUR HÉMORRHAGIQUE DE LA CAVITÉ PHARYNGO-NASALE. — APHONIE NERVEUSE. — GUÉRISON.

Par le Dr **Spaak**, de Bruxelles.

Le 27 octobre 1875 se présente chez moi une jeune fille américaine, accompagnée de sa mère. Elle a 22 ans, toute son apparence extérieure indique une bonne constitution. Tempérament lymphatique, pas de trace de scrofule, pas le moindre symptôme d'hystérie.

Elle me fait savoir par sa mère que, depuis neuf mois, elle est complétement aphone et qu'elle a tous les jours des hémorrhagies nasales assez abondantes. Traitée ici pendant quatre mois par un médecin homœopathe, elle est toujours dans le même état, sans que ces hémorrhagies l'affaiblissent. Les règles mêmes ne sont pas influencées, et arrivent tous les mois à époque fixe. Il y a dix mois, étant en partie de plaisir aux environs de New-York, elle a, par ignorance, respiré le parfum d'une plante nommée dog-wood et qui, dit-elle, donne lieu à des vertiges et à des hémorrhagies nasales. Depuis lors ces hémorrhagies ont continué sans interruption, et se répètent chaque fois qu'elle se mouche. Un

mois après l'apparition des hémorrhagies, elle a perdu soudainement la voix, et tous les médecins qu'elle a consultés n'ont pu rien changer à son état.

Je commence par examiner les narines au rhinoscope, et je découvre assez facilement à la paroi interne du cornet inférieur droit, devant la trompe d'Eustache et un peu en avant, une tumeur en forme de framboise, du volume d'un gros pois, sessile et qui me paraît formée d'un lacis veineux variqueux. Cette tumeur saigne au moindre contact, à la moindre pression. Le reste des narines est parfaitement sain.

J'examine alors le larynx et constate une paralysie complète, bilatérale des thyro-aryténoïdiens. Les cordes vocales, lorsque la malade essaye de pousser un son, se rapprochent mais ne se tendent pas.

Je préviens la malade que je commencerai par traiter les hémorrhagies nasales, étant persuadé que là se trouve la cause de l'aphonie.

Au moyen de la sonde de Belloc je glisse dans la narine droite une forte mèche de charpie imbibée de :

Glycérine.	10
Tannin	1

Et je prescris de garder la mèche le plus longtemps possible. La malade revient le lendemain. Elle a pu conserver la mèche de charpie, et je la retire ; immédiatement une hémorrhagie très-forte se déclare ; je l'arrête en insinuant une nouvelle mèche ; pendant huit jours je suis la même pratique. Chaque fois que je retire la mèche se déclare une hémorrhagie. J'ai recours alors au nitrate d'argent que je porte sur la tumeur ; et, après cinq applications, j'ai le plaisir de constater la disparition complète de la tumeur et la cessation des hémorrhagies.

J'attends huit jours pour voir si elles ne se reproduiront pas. Au bout de ce temps, ne les voyant pas revenir, je commence à appliquer le traitement électrique pour guérir l'aphonie.

Plaçant les deux pôles d'une pile à courant interrompu

aux deux côtés du larynx, à la hauteur de cartilage thyroïde, je fais subir à ma malade des séances de dix minutes, tous les deux jours. Pendant trois semaines je n'obtiens pas le moindre résultat. A la douzième séance, ayant employé un courant un peu plus énergique, j'ai la satisfaction d'entendre tout à coup crier la malade.

La voix revient comme par enchantement, et reste bonne pendant tout le temps que la jeune fille reste dans mon bureau à se féliciter d'être guérie.

La malade se présente deux jours après, de nouveau complétement aphone. Elle s'est exposée au froid le soir auparavant, et a attrapé une coryza très-intense; les saignements de nez reparaissent et la voix a disparu. Examinant les narines je ne trouve plus de tumeur, mais un petit lacis variqueux qui saigne dès que je le touche avec une sonde de caoutchouc.

Je recommence mes cautérisations. Le lacis veineux a disparu après deux cautérisations et le coryza sanguinolent cesse complétement. La malade a une peur très-grande des applications électriques, et me demande quinze jours d'attente avant de les recommencer. Elle revient me voir après cette époque. Plus d'hémorrhagies nasales, mais aphonie persistante.

Un phénomène bizarre, et dont je ne puis trouver l'explication, m'est rapporté par la malade. Elle est allée, ces deux derniers dimanches au service anglican. Entendant chanter les autres, elle essaye de chanter elle-même, et, à son grand étonnement, la voix chantée lui est revenue. Elle donne les différents tons de la gamme d'une voix assez sonore, mais ne peut pas prononcer une parole. Examinant le voile du palais, les joues et la langue, je ne constate rien qui puisse expliquer ce phénomène.

Je reprends mes séances d'électrisation, et à la troisième séance, subitement, comme la première fois, la malade pousse un cri strident, et recouvre la voix.

Pendant la conversation qui suit ce coup de théâtre, la mère me demande d'examiner son larynx, en me disant qu'elle aussi perdait quelquefois la voix pendant deux ou trois heures.

Je l'examine au laryngoscope, je ne constate aucune altération; mais au moment même où je retire le miroir, elle est prise d'un accès de toux qui dure près d'une demi-minute, et lorsqu'il s'est calmé, ma cliente est complétement aphone. Sa fille me dit qu'il n'y a là rien d'inquiétant, que sa mère recouvrera la voix dans quelques heures, et mes deux clientes retournent chez elles, la mère muette et la fille parlant tout haut pour deux. Je vais les voir le lendemain, et je trouve la mère et la fille parlant toutes deux à haute voix. L'aphonie de la mère avait duré jusqu'au soir et avait disparu au réveil.

Six mois se sont passés depuis lors, et la jeune fille se trouve en parfait état de santé, et prenant sa revanche du long silence auquel elle avait été condamnée.

PARALYSIE SUBITE DU VOILE DU PALAIS. — GUÉRISON.

Par le Dr **Spaak**, de Bruxelles.

Le 2 avril 1875, la fille d'un de mes amis, âgée de 7 ans, est prise d'un accès de convulsions qui dure près d'un quart d'heure, sans le moindre prodrome et sans que rien dans son régime puisse faire croire à une indigestion. Ces convulsions à forme épileptique, d'après ce que l'on me raconte, ont laissé un état d'abattement général qui dure une journée entière. L'enfant parle peu, difficilement, et dès le second jour se met à nasonner et à bégayer d'une manière presque inintelligible. Je n'ai vu l'enfant que trois jours après l'accès. Les médecins appelés immédiatement prescrivent les antispasmodiques en usage, et interrogés sur la cause du bégaiement et du nasonnement les attribuent à la dentition défectueuse de l'enfant.

Ces défauts de prononciation augmentant d'une manière vraiment singulière, on me conduit la petite malade, et je l'examine.

Au laryngoscope je ne trouve rien qui m'explique les phénomènes, mais je remarque que l'enfant est d'une tolérance extraordinaire, et qu'elle supporte les attouchements du mi-

roir sans éprouver la moindre gêne. Étonné de cette tolérance j'examine attentivement le voile du palais. Il se meut parfaitement sous l'action des péristaphylins; mais son insensibilité est tellement grande qu'on peut le toucher avec une aiguille et même le piquer au sang sans que l'enfant témoigne de la moindre souffrance (1).

J'institue le traitement électrique, et, appliquant les pôles d'une machine à courant interrompu sur les deux côtés du voile du palais, je fais subir à ma malade des séances d'une bonne minute de durée.

Les quatre premières séances se passent sans que l'enfant témoigne de la moindre souffrance; mais à la cinquième, la sensibilité revient subitement, et le nasonnement et le bégaiement disparaissent pour ne plus revenir. Plus d'un an s'est passé depuis lors, l'enfant se porte bien, n'a plus jamais eu de convulsions, et parle parfaitement. J'oublie de dire qu'en même temps que le bégaiement se montrait, l'enfant se plaignait de ne plus pouvoir aussi bien voir. La lecture lui était devenue impossible. Tous ces phénomènes ont cédé en même temps.

D[r] Spaak.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES OTITES SUPPURÉES PAR LE DRAINAGE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE,

par le D[r] **F. Guyon,** chirurgien de l'hôpital Necker.

Le drainage du conduit auditif externe nous a permis d'obtenir dans deux cas différents de très-heureux effets. Malgré ses limites restreintes, le résultat de nos observations nous a paru digne d'attirer l'attention.

Le moyen chirurgical auquel nous avons eu recours est des plus simples; son application est facile et son but bien défini.

Il s'agit, en effet, d'assurer à l'aide du drain le libre et

(1) Ces mouvements étaient certainement insuffisants pour effectuer la séparation normale entre la cavité nasale de la cavité pharingée; la paralysie de la sensibilité seule n'aurait pu donner lieu, à mon sens, à du nasillement. (Note de M. Krishaber.)

continuel écoulement au dehors, du pus versé ou sécrété dans le conduit auditif externe. Ce libre et facile écoulement modifie avec rapidité le symptôme douleur ; les crises perdent de leur intensité et bientôt disparaissent, la marche de la maladie peut même être très-favorablement influencée.

La disposition normale du conduit auditif se prête mal à cet écoulement libre et continu, nécessaire à la guérison régulière de toute cavité suppurante. Nous n'avons à rappeler, ni la direction infléchie de ses parois, ni le rétrécissement normal qui s'observe au point de jonction des parties osseuses et cartilagineuses du conduit auditif ; sa largeur est en effet plus grande aux extrémités qu'à la partie moyenne.

Il est donc facile de comprendre que le pus doive s'amasser dans la partie profonde du conduit auditif, qu'il puisse en s'y accumulant déterminer des symptômes douloureux et entretenir par son évacuation imparfaite les lésions qui ont déterminé sa sécrétion.

Le conduit auditif subit à cet égard la loi pathologique qui régit toutes les cavités suppurantes.

Nous avons eu pour la première fois l'occasion d'appliquer le drainage du conduit auditif au mois d'octobre dernier. Le distingué confrère qui nous avait appelé pour une personne de sa famille pensait que nous pourrions mettre fin à des crises douloureuses des plus pénibles qui déjà existaient depuis plusieurs jours, en incisant un abcès du conduit auditif, à l'existence duquel il rattachait les symptômes douloureux.

Nous trouvâmes, en effet, la paroi inférieure du conduit tuméfiée et rouge ; mais s'il y avait incontestablement un état phlegmoneux, rien ne démontrait qu'il y eut au niveau des points accessibles à notre bistouri de foyer purulent. Notre confrère nous avertissait d'ailleurs que du pus avait déjà coulé assez abondamment et à plusieurs reprises, et que c'est ainsi que paraissaient se juger les crises ; donc il avait espéré plusieurs fois voir se réaliser la complète disparition.

Je pensai que les phénomènes douloureux devaient être dus à la rétention du pus accumulé dans la partie profonde

du conduit. Je n'avais jamais songé à utiliser le drainage en pareille occurrence, et je n'avais connaissance d'aucun exemple de cette pratique. Elle était assez inoffensive, et elle était trop bien du goût de la patiente, fort prévenue contre le bistouri, pour ne pas être proposée. Je pris donc dans l'arsenal de notre confrère un bout de tube à drainage de moyen calibre et le plongeai dans le conduit auditif, en ayant soin de ne pas l'appuyer sur le tympan et de le laisser faire dans la conque une saillie suffisante. Il ne sortit pas immédiatement de pus; nous étions d'ailleurs à ce moment dans la rémission. L'effet de ce mode de traitement fut cependant des plus heureux. A partir de l'application du drain, il n'y eut aucune crise, et quinze jours après, la malade et notre confrère me faisaient visite pour m'apprendre les heureux résultats de mon intervention. Le drain avait été nettoyé et replacé chaque jour, et la malade reconnaissante n'osait encore s'en séparer complétement.

Il s'agissait dans ce premier cas d'une otite externe. Dans le second, que je viens d'observer dans mon service de l'hôpital Necker, il s'agit d'une otite moyenne.

Le malade avait eu, un mois avant son entrée, une angine simple, à la suite d'un refroidissement, et bientôt des douleurs d'oreille.

A son entrée, il présentait tous les signes de l'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan et envahissement des cellules mastoïdiennes. La région de l'apophyse était le siége d'un gonflement œdémateux des plus caractéristiques, et nous constatâmes la perforation tympanique. L'état douloureux était en rapport avec cette situation; les douleurs plus vives la nuit que le jour, le séjour du lit insupportable, la mastication douloureuse.

J'appliquai immédiatement un drain de moyen volume d'environ trois centimètres de longueur. Les résultats de ce mode de traitement auquel je joignis l'application de cataplasmes fut plus complet que je n'osais l'espérer. Les symptômes douloureux furent très-rapidement amendés et n'existaient qu'à un très-faible degré dès le surlendemain de l'application. En même temps, le gonflement œdémateux de

la région mastoïdienne diminuait et avait disparu dès le quatrième jour, et bien que le malade soit encore en traitement et porte toujours son tube à drainage, son état local est assez satisfaisant pour qu'il puisse être considéré comme assuré de la guérison. Il est, en tout cas, à l'abri des complications menaçantes nées sous l'influence de l'inflammation des cellules mastoïdiennes.

Il appartiendra à de plus autorisés dans la pratique de l'otologie d'apprécier la valeur du drainage du conduit auditif et, peut-être, d'en étendre les applications.

Ce que nous venons de dire justifiera, nous l'espérons, la publication de cette note.

ANALYSES.

De la physiologie pathologique de l'affection folliculaire de la gorge et des voies aériennes,

par Beverley Robinson, M. D. chirurgien de l'hôpital de Mautrattau (affections d'yeux, d'oreilles et de gorge) à New-York. (*American journal.*, juillet 1876.)

Traduit par M. Douglas Aigre.

Nous passons sous silence l'introduction à cet article qui résume trop incomplétement l'historique du sujet, historique trop connu du reste aujourd'hui pour comporter un long exposé, que l'on peut trouver dans tous les traités classiques. Il n'en est pas de même du reste de l'article de M. Beverley Robinson, qui contient quelques vues personnelles et intéressantes. Le lecteur y trouvera des affirmations et des hypothèses au sujet desquelles nous faisons toutes nos réserves, mais le travail de cet auteur ne nous en paraît pas moins mériter la reproduction.

Nous ne craignons pas d'être démenti en affirmant que sur 6 cas d'affections laryngées que nous rencontrons il y en a bien 4 ou 5 qui offrent à des degrés variables ce que nous appelons des granulations, soit que celles-ci siégent sur le pharynx, sur le voile du palais, sur les piliers, sur les amygdales ou sur toutes ces parties à la fois.

Quelquefois ces petites productions brillantes ne sont pas plus grosses qu'une tête d'épingle et ressemblent à de toutes petites vésicules d'herpès recouvertes tantôt d'un mucus épais, visqueux, d'une coloration grise, tantôt d'une sécrétion spumeuse, moins visqueuse, et d'une nuance plus blanche, ressemblant exactement à celle qui provient des tuyaux bronchiques au début d'une inflammation de ces organes.

Dans quelques cas, surtout quand ces productions brillantes occupent le siége que nous avons indiqué et qu'elles sont nombreuses et petites, nous n'avons constaté aucun trouble fonctionnel concomitant dans l'espace naso-pharyngien, ni sur la muqueuse de la partie inférieure du pharynx ou du larynx.

Souvent cependant ces granulations semblent faire suite à des lésions semblables siégeant au-dessus du voile du palais.

Dans ce cas elles sont plus grandes et de forme variable, tantôt arrondies, tantôt ovalaires ou oblongues. — Nous avons rencontré ces granulations également dans toutes les diathèses, chez les syphilitiques aussi bien que chez les tuberculeux et les scrofuleux, et chez des hommes et des femmes de toute profession. Il nous est arrivé d'en rencontrer de très-développées chez des malades qui n'accusaient que peu ou point de troubles, de sensations anormales dans la gorge, qui ne souffraient ni de dysphagie, ni de dysphonie, ni d'aphonie.

Mais aussi d'autres malades présentant ces mêmes granulations étaient affectés d'une grande sensibilité de la gorge, avaient la voix rauque et discordante, étaient presque aphones. Comment interpréter des faits aussi dissemblables? et quelle est leur véritable signification pathologique? Évidemment ce n'est pas dans les granulations que nous trouverons l'explication des divers phénomènes qui peuvent accompagner l'angine folliculaire. Il y a là quelque chose de plus philosophique. A notre avis l'angine folliculaire n'est amenée ni par telle ou telle profession, ni par une série

d'accidents ou de circonstances se montrant d'un façon plus ou moins permanente.

Sans doute les professions de pasteur, d'orateur, de commissaire-priseur, de cocher, peuvent tendre à exagérer l'affection, à la prolonger si elle existe. Sans doute aussi l'exhalation de vapeurs irritantes, l'exercice de certains métiers dans des milieux où l'on respire des particules organiques de nature pernicieuse, peuvent augmenter un état morbide qui existe déjà. Mais ce qui tient une place bien plus importante dans le développement de l'affection folliculaire, c'est une tendance diathésique que l'on rencontre alors presque toujours, sinon toujours.

Et cette diathèse, que faute d'un terme plus exact nous appelons « catarrhale », demande à être traitée énergiquement par ces médicaments que l'on sait être éliminés par les muqueuses. Un simple traitement local *ne peut pas* guérir cette pharyngite glandulaire chronique. Pour atteindre ce résultat, il faut combiner d'une façon convenable un traitement à la fois local et général. Bien plus, il paraîtrait y avoir une certaine relation entre les granulations de la gorge et cette disposition herpétique qui se manifeste par des éruptions fréquentes sur la peau. Et, si le malade herpétique s'abstient avec raison de manger les crustacés, les viandes salées, le fromage, les épices, en un mot tous les aliments qui ont une action irritante sur la peau, de crainte d'avoir un eczéma, un psoriasis, un pityriasis, il doit faire de même à l'égard des professions indiquées ci-dessus; il doit s'abstenir aussi de tabac, d'alcool, même en petites quantités; l'exposition à l'humidité, au froid, l'inhalation de vapeurs irritantes augmenteront toujours d'une façon notable les manifestations de cette diathèse dont les granulations pharyngées sont le symptôme caractéristique.

Nous avons rencontré plus d'une fois des symptômes de dysphagie bien marquée accompagnant cette affection folliculaire, et dans quelques-uns de ces cas la gorge ne pouvait supporter ni les boissons chaudes ni les aliments acides.

D'autres fois ces sensations se sont montrées d'une façon spontanée, sans affection glandulaire, et n'étaient pas sensiblement aggravées par le contact des substances alimentaires ou par les efforts de déglutition. Rarement elles se montraient d'une façon périodique.

Tous ces phénomènes qui, par leurs transformations et leurs modifications, donnent lieu aux sensations subjectives variées et désagréables que chaque malade dépeint à sa façon, ne se rencontrent pas seulement chez les individus à tempérament essentiellement nerveux. Nous avons entendu se plaindre des hommes forts et robustes aussi bien que ceux d'une constitution plus faible ; il paraît réellement exister une corrélation intime entre cet état de la muqueuse pharyngée quand elle devient le siége d'une inflammation chronique, d'un épaississement, et l'hyperesthésie locale de ces parties. Il est probable que c'est l'existence d'un trouble nerveux plus ou moins général qui pourra rendre compte de la douleur perçue dans les filaments terminaux pharyngiens. C'est ainsi que nous avons rencontré de ces cas chez des femmes hystériques sans que nous ayons pu par l'examen direct de la paroi postérieure du pharynx et du larynx à l'aide d'un petit miroir découvrir la moindre lésion organique. Beaucoup de ces cas rentrent donc dans la classe des « affections fonctionnelles. »

Il est inutile pourtant d'augmenter cette division surannée, et pour cela nous devons nous pénétrer de l'importance qu'il y a à chercher le lien qui existe entre les sensations anormales de la gorge et l'inflammation chronique du pharynx ou du larynx. Nous devons le faire surtout aujourd'hui depuis que plusieurs articles médicaux, qui ont paru dans le cours de ces derniers mois, nous ont montré que beaucoup de médecins ignorent complétement les effets dus à un état morbide de la muqueuse pharyngée et rangent volontiers *ces effets* à côté d'autres phénomènes mystérieux qui n'ont aucune cause anatomique apparente. Quel est donc l'aspect de la tunique muqueuse du pharynx dans la pharyngite glandulaire? N'est-elle pas souvent épaissie, hypertrophiée, et cette modification pathologique ne s'étend-elle pas aux

parties molles sous-jacentes ? Les tuniques cellulaire et musculaire ne sont-elles pas souvent le siége d'une exsudation plastique due à l'extension du processus inflammatoire chronique ? Et qu'en résulte-t-il relativement aux filaments nerveux qui se rendent au plexus pharyngien ? Si au début l'inflammation les respecte ainsi que cela arrive souvent, ils finissent inévitablement par subir à leur tour les effets de l'évolution morbide. D'ailleurs le trouble fonctionnel ne semble aucunement proportionné au degré d'inflammation. Dans certaines formes d'angine érythémateuse nous avons sur la membrane muqueuse une inflammation bien plus aiguë que dans l'affection folliculaire, et pourtant d'après notre expérience il s'ensuit moins de troubles nerveux. Le développement exagéré des glandes dans les voies aériennes est en quelque sorte lié à une névrite chronique ; il en est de même très-probablement des cas d'hyperesthésie très-marquée. — On peut observer secondairement une dégénérescence et une atrophie de la couche musculaire. Cela se rencontre surtout dans des cas d'affection ancienne dans lesquels on trouve parfois un agrandissement considérable de l'espace qui sépare le voile du palais en avant des muscles prévertébraux en arrière. La membrane muqueuse dans ces cas perd de son épaisseur de même qu'au début de l'affection cette épaisseur augmente.

Dans des cas d'une inflammation plus aiguë les couches sous-muqueuse et musculaire sont résorbées en partie. Parfois aussi la muqueuse est tellement amincie qu'elle permet d'apercevoir les séries musculaires sous-jacentes. Cet état atrophique peut être plus prononcé sur un des côtés du pharynx que sur l'autre, et cela à un tel point que l'on peut croire à une déviation de la portion cervicale de la colonne vertébrale, ou à l'existence d'une tumeur à ce niveau. Ces résultats ne nous semblent pas absolument analogues à ce que nous rencontrons dans une inflammation chronique ordinaire. Il semble y avoir un processus anatomique spécial ; une infiltration au début, puis une dégénérescence atrophique du tissu qui est en connexion intime avec des follicules glandulaires hypertrophiés ou présentant d'autres modifications morbides.

Et quand ces glandes s'ulcèrent, ainsi que cela arrive souvent, nous croyons que cette ulcération trouve son explication dans le manque d'innervation. Ces extrémités périphériques nerveuses deviennent le siége de névrite interstitielle (multiplication des éléments du névrilemme et des gaînes), de là épaississement et compression sur les fibres nerveuses, au point que leur fonction est plus ou moins abolie.

Non-seulement nous croyons rationnel d'admettre cette lésion du plexus pharyngien, mais aussi une lésion semblable des troncs nerveux qui vont le constituer. Nous pouvons ainsi expliquer les phénomènes d'hyperesthésie et de paralysie qui s'étendent immédiatement à la gorge et au larynx et qu se montrent simultanément dans le voile du palais, dans l'oreille, ou dans un autre organe éloigné.

D'après le Dr Weir Mitchell il y a une grande tendance dans la névrite et surtout dans la névrite chronique, à une propagation de l'état morbide de la périphérie vers les centres nerveux. Cette marche envahissante, qui englobe les unes après les autres les diverses branches d'un même tronc ou d'un même plexus, nous servira à donner l'explication des phénomènes que nous rencontrons dans les observations suivantes. Nous tâcherons de les analyser et de les interpréter convenablement.

Dans un court article tiré du *Journal médical* de New-York il y a quelques mois, le docteur George M. Béard publie sous le nom de « cas divers d'affection nerveuse » l'observation d'une jeune fille de Chicago :

« Elle était délicate, présentait le vrai type américain, mais n'était pas plus nerveuse que la généralité des femmes de notre pays. Pendant une année elle avait été atteinte d'une aphonie complète. L'examen laryngoscopique, pratiqué par son médecin et par d'autres, ne révéla aucune lésion locale capable de rendre compte des symptômes... tous ces symptômes indiquaient l'origine nerveuse de son affection. L'hyperesthésie était très-marquée. La malade accusait une douleur tellement grande, même quand elle parlait à voix basse, que, pour nous servir des termes de la malade elle-même,

elle avait le vertige, accompagné d'une douleur horrible dans l'oreille. « Il me semble, dit-elle, que chaque mot que je prononce à voix basse gratte sur les cordes vocales, et si je riais j'aurais une douleur dans ces cordes. » Il y avait une douleur presque continuelle dans la gorge, d'où des nuits d'insomnie pénible.

« Ici le docteur Béard fait observer qu'il est bien évident que les nerfs du larynx étaient dans un état d'hyperesthésie marquée et produisaient un état semblable au vaginisme. Il est évident que dans ce cas les nerfs du larynx étaient le siége d'une sensibilité exagérée, mais il en était de même de ceux de la gorge et de ceux de l'oreille. »

Pour nous ce cas est un exemple de tout ce que nous avons dit d'une façon générale. Le tronc et quelques branches du pneumogastrique étaient évidemment le siége d'une inflammation chronique à l'une ou l'autre de ses extrémités. Quant à la connexion entre l'oreille et le larynx elle s'explique facilement, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer dans le *Medical Record* de New-York, du 1er mai 1874. Le ganglion cervical supérieur du nerf vague donne naissance à une branche sensitive assez considérable, appelée l'auriculaire.

Cette branche, décrite pour la première fois par Arnold, envoie deux petits filets au conduit auditif, et un troisième filet, mentionné par M. Sappey, qui se distribue à la membrane du tympan.

Tous les médecins connaissent cette toux que provoque l'introduction d'un speculum auris, d'un stylet ou autre corps étranger dans le conduit auditif externe. Cette action physiologique trouve son explication dans l'action réflexe du nerf vague. Dans le cas que nous avons cité, la sensation douloureuse dont l'origine avait lieu sur les cordes vocales, qui était amenée par l'effort de la phonation, était réfléchie ou propagée par les filets sensitifs que renferme le pneumogastrique jusqu'à l'organe de l'ouïe. — L'irritabilité avait gagné aussi bien les filets auriculaires que les extrémités périphériques du même tronc dans le larynx.

Le cas suivant d'un soi-disant catarrhe chronique nasopharyngien met en évidence deux faits importants : premiè-

rement, la dysphonie, laquelle accompagne fréquemment cette affection (nous ne parlons que du cas où les désordres visibles du larynx ne sont pas suffisants pour expliquer cette dysphonie); — deuxièment, les bons résultats que l'on peut retirer d'un traitement actif porté sur l'espace naso-pharyngien, sans qu'on traite en aucune façon l'organe vocal lui-même.

« R. A.., âgé de 30 ans, libraire, entra dans mon service à « l'hôpital de Mautrattau (yeux et oreilles) au commencement « de l'année dernière. Il y a trois ans il lui était impossible de « respirer par la narine gauche, et cette difficulté était due à « un épaississement de la membrane de Schneider. Il pré- « sentait des tumeurs autour du cou et sa gorge était le « siége d'une sécrétion surabondante. Quand il voulait chan- « ter il ressentait une douleur dans le larynx et, s'il essayait « de donner les notes hautes, aussitôt sa voix était discordante « et avait un ton criard. Un peu plus tard sa voix était ré- « duite à un chuchotement; au printemps dernier sa voix « s'améliora, mais il chantait toujours faux. A l'heure qu'il « est (1er octobre 1874), au bout d'un mois de traitement, le « son des notes hautes et des notes graves est certaine- « ment meilleur, et il y a moins de sécrétion de la partie « postérieure des narines et dans l'espace naso-pharyngien. « La douleur dans le larynx a complétement disparu égale- « ment. Dans ce cas le malade a été traité surtout par des « injections d'eau salée et des solutions très-faibles de per- « manganate de potasse; eaux sulfureuses à l'intérieur. Je « désire faire remarquer en passant que, tout en me servant « encore de solutions que j'injecte dans le nez au moyen « d'une seringue ordinaire ou autre, je suis porté à croire « que dans des cas de vieux catarrhe du nez et de l'espace « naso-pharyngien ces injections sont inutiles et souvent « même dangereuses quand la maladie est de date récente. »

Pour en revenir à notre histoire, voilà donc un cas d'amélioration de l'hyperesthésie du larynx et de la dysphonie par le traitement de la couche muqueuse du nez et de la portion supérieure du pharynx, sans qu'on ait fait aucune attention au larynx lui-même; nous avons agi ainsi parce

que nous n'avons trouvé dans ce dernier organe aucune lésion capable de rendre compte de la modification de la voix.

Le résultat que nous avons obtenu dans ce cas nous semble corroborer notre opinion : c'est que les rameaux des nerfs pneumogastriques que l'on rencontre dans les parois pharyngiennes à leur partie supérieure étaient envahis par le processus inflammatoire chronique qui accompagnait l'affection folliculaire.

Maintenant nous ne voulons pas affirmer que les nerfs pneumogastriques présentent toujours dans ces cas des lésions visibles, car nous savons très-bien que dans quelques autopsies de cas semblables on a trouvé le tronc du nerf et ses extrémités périphériques parfaitement intacts.

Mais en nous basant sur quelques-unes des expériences faites par le docteur Weir Mitchell de Philadelphie sur les animaux vivants, et en tenant compte des déductions qu'il en tire, nous comprendrons comment quelques-autopsies ont donné des résultats négatifs; car s'il est vrai que les expériences du docteur Mitchell sont basées sur le traumatisme et ses effets, nous avons néanmoins le droit, ainsi que le fait observer le professeur Vulpian lui-même, de donner un caractère plus général à ces expériences et de nous en servir pour l'histoire des autres affections nerveuses.

Selon le docteur Mitchell bien des affections pour lesquelles nous ne trouvons pas d'autre mot que celui de désordre fonctionnel dépendent d'une congestion des nerfs, et il est impossible de trouver après la mort des traces de cette lésion pathologique.

Nous avons déjà dit que dans l'affection folliculaire chronique la voix peut être quelquefois atteinte sans qu'il y ait de lésion visible de tissu dans le larynx lui-même. Cette influence morbide peut dépendre, ainsi que nous avons essayé de l'établir, de l'inflammation chronique du tronc nerveux lui-même ; mais il y a des cas où l'action morbide du pneumogastrique, tout en étant évidente, revêt un caractère intermittent; elle dure un certain temps, puis disparaît, puis

revient à des intervalles plus ou moins périodiques occasionnée par l'action de quelque irritant local sur les parois pharyngiennes, ou bien encore disparaissant d'une façon instantanée au moyen de quelques gorgées d'un liquide sucré. Pour nous ces cas-là sont dus à une *congestion* du nerf ou à une altération morbide que les expériences du docteur Mitchell ont pour la première fois mise en lumière.

Citons le passage suivant de l'ouvrage du docteur Cohen sur les affections de la gorge. Il parle de ce que l'on observe souvent chez les orateurs publics :

« Petit à petit ils deviennent enroués à la fin d'un discours « long et passionné. Ils font disparaître immédiatement cet « enrouement en avalant immédiatement un peu d'eau. Cette « eau descend dans l'œsophage et non pas dans le larynx. « Il est vrai qu'un peu de cette eau, bien peu, entre parfois « dans le larynx à travers l'espace inter-aryténoïdien, mais « elle ne suffit nullement à humecter les cordes vocales et la « muqueuse laryngienne suffisamment pour rendre compte « de l'amélioration subite qui s'ensuit. Nous sommes obligé « d'avoir recours à cette théorie que l'impression produite « sur les filets du pneumogastrique qui se distribuent au « pharynx, à l'œsophage, à l'estomac est transmise aux autres « branches qui se rendent au larynx. De la même façon, « ajoute le docteur Cohen, une irritation pharyngienne pro- « duira de l'enrouement dans un larnyx parfaitement sain. « Je l'ai constaté moi-même souvent à la suite de l'appli- « tion du nitrate d'argent sur un ou deux groupes de glandules « pharyngiennes hypertrophiées ; une cautérisation plus « étendue produit le même effet. »

Nous pouvons donner de tous ces faits une interprétation suffisamment satisfaisante si nous supposons que l'anémie ou la congestion du tissu nerveux peuvent produire sur l'homme ces symptômes bien connus.

Aigre.

Modifications histologiques du labyrinthe dans quelques maladies infectieuses,

par le professeur Moos (*Archives für Augen u. Ohrenheilkunde*, t. V, p. 221.)

L'auteur a souvent observé des altérations du labyrinthe des deux oreilles dans la fièvre typhoïde. L'utricule, le saccule, les ampoules, la lame spirale membraneuse, ont été généralement le siége des lésions anatomiques; exceptionnellement seulement les canaux sémi-circulaires et la zone osseuse étaient affectés. L'altération consistait dans une infiltration de cellules lymphoïdes; une seule fois il y avait des corpuscules graisseux. Cette infiltration est-elle primitive, spécifique, analogue à celles qui se produisent dans d'autres régions dans le cours de la fièvre typhoïde, ou est-elle la conséquence de la propagation au labyrinthe de l'inflammation purulente concomitante de la caisse?

Moos n'ose encore se prononcer. Dans un seul cas l'infiltration cellulaire fut observée en même temps qu'un catarrhe simple non purulent de l'oreille avec myringite double.

Les produits de l'inflammation labyrinthique peuvent se transformer en pus ou en corpuscules graisseux et se résorber petit à petit, ou donner lieu à des épaississements, à l'atrophie, peut-être aussi à la transformation caséeuse des tissus affectés, et produire dans ce dernier cas les surdités graves qu'on observe à la suite de certaines fièvres typhoïdes en l'absence de toute lésion appréciable sur le vivant.

Dans un cas de scarlatine compliquée, de diphtérite de la bouche et du pharynx, de suppuration de la parotide, d'otite moyenne purulente, de périostite du temporal gauche et de méningite consécutive, Moos a observé une inflammation des deux labyrinthes. Les sacs et les canaux demi-circulaires membraneux étaients adhérents au périoste; le tissu cellulaire intermédiaire très-vascularisé renfermait de petites cellules arrondies et des cellules purulentes. Ces cellules avaient tellement envahi le tissu propre des saccules, des ampoules et des canaux membraneux qu'on n'y pouvait plus

découvrir de cellules épithéliales. Dans la lame spirale membraneuse il n'était plus possible de distinguer les éléments histologiques normaux.

Dans un cas de variole, Moos a observé une inflammation purulente du labyrinthe ; c'était chez un enfant de quatre ans, atteint en même temps d'une otite moyenne purulente. Les fenêtres ovales étaient fermées. Les canaux demi-circulaires, les ampoules et les saccules examinés à l'œil nu paraissaient épaissis et d'un jaune citron. Sous le microscope le tissu cellulaire placé entre le labyrinthe osseux et le labyrynthe membraneux, paraît considérablement augmenté ; il est infiltré de cellules purulentes. Les saccules, les canaux demi-circulaires et les ampoules sont couverts de cellules purulentes. Les zones osseuse et membraneuse de la lame spirale présentent des cellules purulentes isolées ou groupées en petites masses. Les vaisseaux de la lame spirale sont fortement congestionnés ; les nerfs dans le méat auditif interne ne présentent pas d'altération.

D[r] Lévi.

Communications sur l'otoïatrie faites au cinquième congrès de l'Association médicale italienne à Rome,

par le D[r] Giuseppe Sapolini. — Milan.

L'auteur signale plusieurs points de l'anatomie de l'oreille qui méritent d'être étudiés, entre autres l'origine et le rôle du nerf de Wrisberg. D'après ses recherches, ce nerf viendrait des cordons latéraux de la moelle; il passerait, en présentant une forme cylindrique, sur le plancher du quatrième ventricule recouvert d'une légère couche de substance grise et par l'épendime, et sous les barbes du calamus; puis, s'engageant dans la gangue cérébrale du mésocéphale, il devient latéral et passe entre les pédoncules moyens et inférieurs du cervelet. De là il descend, en restant cylindrique, et plonge dans le mésocéphale, se joint au nerf de la huitième paire et, en arrivant près du rocher, il s'accole au névrilème du facial.

M. Sapolini a vu une fibre anastomotique de la septième

paire et une de la huitième se joindre au nerf de Wrisberg. Il a suivi ce nerf dans le ganglion géniculé, et il a vu qu'il rétrograde, entre dans l'aqueduc de Fallope en se plaçant à la partie externe du facial. Il descend dans l'aqueduc, mais sort par un petit conduit propre, se réfléchissant en haut et en décrivant une courbe dont la concavité regarde en bas, en un mot il devient la corde du tympan, qui va former avec le nerf lingual un plexus dont les filets vont se distribuer aux muscles de la langue. Le nerf de Wrisberg serait une treizième paire nerveuse et serait le nerf de la parole.

Le nerf vidien serait un nerf complexe formé par le grand pétreux superficiel, venant du ganglion géniculé, par un filet carotidien du grand sympathique et un rameau du nerf de Jacobson.

Il importerait aussi de rechercher avec soin les origines des différentes artères qui apportent le sang aux diverses parties de l'oreille.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est employé déjà depuis longtemps par les médecins; c'est un moyen précieux dans certains cas, mais on en abuse souvent, et il peut devenir nuisible. M. Sapolini a déjà indiqué la méthode la plus facile pour pratiquer cette opération; elle consiste à placer le bec de la sonde dans le voisinage de l'ouverture de la trompe, et de faire exécuter au malade une ou deux déglutitions; par l'action synergique des muscles ptérigo-salpingo-staphylin et sphéno-salpingo-staphylin, la sonde est naturellement introduite dans la trompe d'Eustache.

Avant de pratiquer le cathétérisme, il faudra bien s'assurer que la membrane du tympan est intacte, sans quoi l'opération est inutile, et on peut l'épargner au malade. Enfin, on devra prendre de grandes précautions quand on introduira des substances médicamenteuses dans la cavité tympanique par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, parce qu'il peut souvent survenir des accidents très-graves.

A propos de l'électricité employée comme moyen thérapeutique dans les maladies de l'oreille, l'auteur se demande en quels points on doit appliquer les rhéophores de la pile. D'après lui ce serait: l'un dans le conduit auditif externe,

l'autre sur les parties latérales de la langue, parce qu'on excite ainsi les extrémités du nerf de Wrisberg, qui s'anastomose avec la huitième paire, laquelle ne peut pas être excitée directement. Dans trois cas de grande surdité, l'auteur a ainsi obtenu une amélioration.

M. Sapolini démontre ensuite la nécessité d'établir dans les grands hôpitaux des cliniques spéciales des maladies de l'oreille, et il fait des vœux pour leur prochaine création.

Il termine en appelant l'attention des membres du congrès sur une étude très-intéressante à faire l'étude comparée de la structure de l'organe de l'audition et de l'organe de la vue. Pour lui le pavillon de l'oreille représente la paupière; les couches épidermique et dermique qui revêtent la membrane du tympan sont les analogues de la conjonctive et de la cornée. La membrane du tympan est l'iris. La chaîne des osselets a de grandes analogies avec le cristallin. Les canaux demi-circulaires avec la périlymphe représentent l'humeur vitrée, et les canaux demi-circulaires membraneux, le vestibule, le saccule et le limaçon, qui supportent les expansions du nerf auditif, sont les analogues de la rétine. Dr Henneguy.

Laryngoscope portatif du docteur Labus. (*Laryngoscopio portatile del doctor* Carlo Labus.)

Le docteur Labus, de Milan, vient de présenter au dernier congrès médical de Turin un laryngoscope portatif qu'il a fait construire, et dont il a donné le mécanisme dans une brochure que nous résumons en quelques lignes.

Ce laryngoscope répond à quatre indications qu'on doit exiger de tout instrument explorateur : renforcer la source lumineuse en réunissant une quantité de rayons lumineux qui sont perdus, recueillir le plus grand nombre de rayons émanés de la flamme déjà renforcée, éviter toute cause de diminution de l'intensité de la lumière, et enfin mettre l'observateur dans les conditions les plus favorables pour la vision.

A cet effet, il place la source lumineuse dans le centre de

courbure d'un miroir sphérique, concave, dont le rayon est de 11 centimètres et le diamètre de 9. Les rayons lumineux, réfléchis par ce miroir, reviennent au point où se trouve la lampe, qui devient foyer conjugué d'elle-même. Un autre miroir sphérique concave, de 11 centimètres de diamètre, et ayant un rayon de courbure de 34 centimètres, est placé à la distance de 31 centimètres de la flamme, mais en déviant sa surface de réflexion, de façon que tous les points ne sont pas à une égale distance de la flamme, le foyer conjugué vient se former sur le point latéral qu'on désire éclairer. Sur ce point, on a ainsi concentré non-seulement les rayons projetés par la flamme, mais aussi ceux recueillis sur elle par le premier miroir, et le deuxième réfléchira sur le point à éclairer une double quantité de rayons lumineux. Le deuxième miroir a deux ouvertures, de 1 centimètre de diamètre, et dont les centres sont à la distance l'un de l'autre de 6 centimètres, distance équivalente à celle des pupilles, ayant tenu compte de la convergence de l'angle visuel ; on a ainsi la vision binoculaire, si nécessaire dans les opérations.

Nous n'entrerons pas dans l'explication de sa théorie, qui serait impossible à résumer, nous nous contenterons de donner quelques détails sur ce laryngoscope portatif. Le premier miroir est attaché à une tige brisée, adhérente à un anneau qu'on fixe à une lampe à pétrole, et qu'on approche ou qu'on éloigne de la flamme jusqu'à la distance voulue, en lui donnant l'inclinaison nécessaire. Ce miroir est en verre argenté. Autour de la flamme on applique un diaphragme en papier buvard imprégné d'une solution saturée d'alun et séchée de façon qu'il est adiathermique. Le deuxième miroir est fixé au front de l'observateur par un système de lunettes.

Afin d'éviter une inclinaison trop prononcée des rayons lumineux, il est nécessaire que l'oreille du malade, correspondante au côté où se trouve la lampe, soit presque accolée au diaphragme, et que la flamme de la lampe, la bouche du malade et le miroir tenu par le médecin soient autant que possible sur un plan horizontal. — Dr Bacchi.

Congrès international de Philadelphie.
(*Section d'otologie*).

PRÉSIDENCE DU DOCTEUR CLARENCE BLAKE (DE BOSTON).

Questions à l'ordre du jour : 1° importance du traitement immédiat des maladies de l'oreille, particulièrement de celles qui reconnaissent pour cause des exanthèmes ; 2° surdité des enfants, de l'instruction des enfants atteints de surdité partielle.

Première question. — M. le docteur *Albert Buck*, rapporteur, présente les conclusions suivantes qui sont adoptées par la section :

1° L'otorrhée chronique est une affection très-commune, et qui est due, dans la grande majorité des cas, à l'absence de traitement pendant la période aiguë.

2° C'est une affection qui présente des dangers sérieux.

3° Elle peut être prévenue, du moins chez les sujets bien constitués.

4° La paracentèse de la membrane du tympan, si elle est pratiquée de bonne heure et dans les conditions voulues, constitue le meilleur traitement et s'oppose d'une manière à peu près certaine au passage à l'état chronique.

Deuxième question. Surdité chez les enfants. — Le rapporteur, *M. Blake*, communique un long mémoire dans lequel il expose les causes de la surdité partielle chez les enfants et les moyens d'en connaître le degré. Il propose les conclusions suivantes qui sont adoptées par la section :

1° La fréquence de la surdité partielle chez les enfants, pendant la période scolaire, est de plus en plus fréquente, et il est urgent de prendre quelques mesures pour la prévenir et faciliter l'instruction de ces enfants.

2° Il importe avant tout de connaître le degré de l'affection, ce qui peut être obtenu à l'aide de discours-épreuves (*speech tests*).

3° Lorsque l'affection n'est pas assez prononcée pour qu'une instruction spéciale soit nécessaire, il est préférable

de laisser les enfants dans les classes ordinaires au milieu de ceux dont l'ouïe est intacte.

4° Les enfants atteints d'une surdité partielle assez prononcée seront réunis dans une classe particulière pour y recevoir une instruction spéciale.

Discours prononcé par le Dr Cadet de Gassicourt sur la tombe du Dr Isambert.

Messieurs,

C'est au nom de la Société des médecins des hôpitaux de Paris que je prends la parole, et parmi tous les amis d'Isambert, moi, le plus ancien et le plus intime, j'ai été chargé d'exprimer ici les regrets de tous et ma profonde douleur.

Quand hier, au début de la séance, j'ai apporté la fatale nouvelle, on pouvait lire sur tous les visages la profonde émotion, la tristesse poignante qu'y répandait l'annonce de ce coup imprévu, et juger, en voyant mes collègues, de l'estime, de l'affection qu'ils portaient à celui qui venait de nous être si brutalement arraché.

L'estime, l'affection ! quels autres sentiments pouvait-on éprouver pour ce cher ami? Moi qui le connaissais depuis son enfance, moi qui l'ai vu jeune homme et qui l'ai suivi dans sa vie d'époux et de père, je sais combien il était digne de les inspirer. Les années ne faisaient que resserrer les liens qui nous unissaient, car les années me montraient sans cesse quels trésors de bonté, de dévouement et de courage renfermait ce noble cœur. Il a cessé de battre, au moment où Isambert allait recueillir le fruit de ses travaux et de ses fatigues; car il a lutté, car il a souffert; et c'est au prix d'énergiques efforts qu'il était parvenu à surmonter les obstacles dont est semée notre laborieuse carrière. Son but était atteint, sa position conquise, et, soutenu par la confiance de ses collègues et de ses confrères, il pouvait marcher hardiment vers l'avenir. A peine quelque nuage voilait-il encore cet horizon si beau, et ce nuage même eût disparu, le jour où l'on aurait compris que son enseignement particulier, si utile, si pratique, si fort goûté de ses nombreux auditeurs, devait être transformé en enseignement public et officiel.

C'eût été là un acte de justice et comme le couronnement de cette carrière qu'il avait embrassée avec réflexion et par amour de la science, abandonnant à vingt-trois ans la diplomatie, où son humeur indépendante se trouvait enchaînée; sa nature franche et loyale, parfois même un peu brusque, avait besoin de grand air et de liberté.

En effet, Messieurs, il y avait en lui deux hommes : l'homme de travail et de recherches patientes, l'homme de voyage et d'imprévu. Et, dans cette double voie, il a laissé sa trace, là par ses travaux de médecine, ici par ses études d'esthétique, d'histoire et de géographie. Son active intelligence embrassait avec ardeur tous les sujets, poussait dans tous les sens ses investigations, et dépensait, sans compter, les forces vives de son esprit toujours en mouvement.

Hélas! ce n'était pas l'esprit seul qui s'épuisait à ce labeur sans trêve; le corps, jadis si vigoureux, fléchissait à son tour. Mais son courage lui donnait l'apparence de la force, et il fallait l'œil attentif de la tendresse inquiète pour découvrir les traces du mal caché qui allait l'abattre.

C'est dans la lutte contre ce mal qu'il a succombé, et, fidèle à lui-même, il est mort debout... Il laisse inachevé son principal ouvrage, sa main s'est arrêtée en en traçant les lignes, cette main si loyale que nous ne serrerons plus jamais. Il a disparu, mais son souvenir reste parmi nous; sa famille le pleure, mais elle en est fière; et sa noble compagne, soutenue par l'affection, le respect de ses proches et amis, le montrera en exemple aux deux chers enfants qu'il laisse après lui.

Ce discours est accueilli par des marques unanimes de sympathie.

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1603, 12-6.)

Le Gérant : G. MASSON.

TABLE DES AUTEURS

TABLE DES MATIÈRES

